CNAM

Année 2007-2008

Les politiques de réduction des risques en toxicomanie à l'épreuve du VHC. Exemple de quinze ans d'évolution du stéribox en France

Présenté pour l'obtention du Magister « Santé publique et gestion des territoires de santé »

Préparé sous la direction de
Jérôme LACOSTE, psychiatre, praticien hospitalier au CHU de Fort de France

Présenté et soutenu publiquement
par
Marie-Christine CHARANSONNET
Session de 2008



Au Docteur IMBERT, Apothicom,

A Anne Coppel, sociologue,

Au Professeur Aimé Charles Nicolas chef du service de psychologie médicale et de psychiatrie au CHU de Fort de France,

Au Docteur Didier Touzeau psychiatre, chef du service d'Addictologie à l'hôpital Paul Guiraud Villejuif,

A Nouria Gabelli Apothicom,

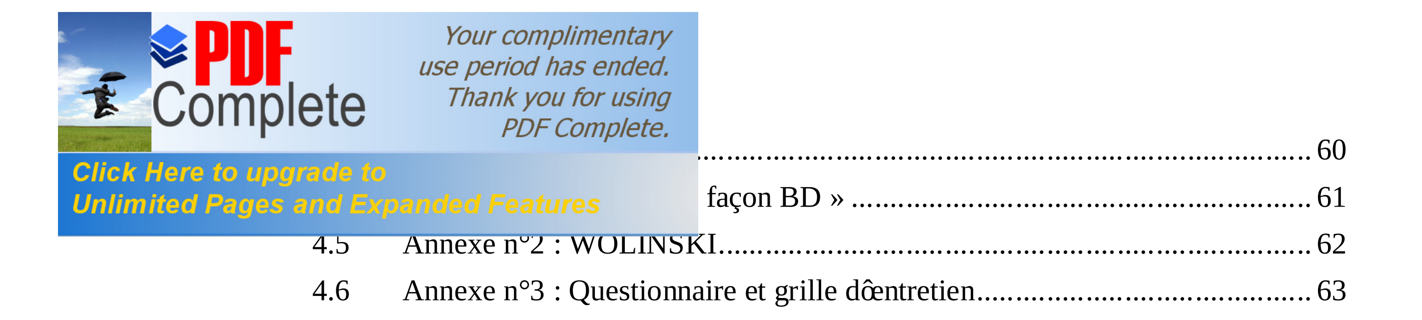
A Marie Dubru pharmacienne Apothicom,

A Claudine Cordillot Maire de Villejuif, qui m'a permis de suivre la formation Santé Publique et gestion des territoires de santé au CNAM Paris,

A Aurélia Boulet, SIIM94,

A mon époux et à mes enfants, pour leur gentillesse et leur compréhension.

Remerciements 2
Sommaire... 3
INTRODUCTION 5
1 HISTOIRE DE LA REDUCTION DES RISQUES EN EUROPE ET EN AMERIQUE DU NORD.. 9
2 EVOLUTION DôUN OUTIL DE REDUCTION DES RISQUES EN TOXICOMANIE EN FRANCE 12
2.1 Rappel du contexte législatif et accessibilité de la seringue de 1970 à 1994 en France 12
2.2 Le contexte épidémiologique du VIH au début des années 1990 14
2.3 Naissance du « KEPA » 15
2.4 Du KEPA au STERIBOX 17
2.5 Lôextension du stéribox 18
2.6 Naissance du stéribox 2 20
3 DE LôINFLUENCE DôUNE POLITIQUE DE REDUCTION DES RISQUES EN TOXICOMAINE 22
3.1 Le contexte épidémiologique du virus de lôhépatite C 22
3.2 La réalité des contaminations VIH et VHC et des pratiques des usagers de drogues par voie intraveineuse : Les enquêtes Coquelicot 2002, 2004, InVS-ANRS 24
3.2.1 La politique de réduction des risques 24
3.2.2 Les enquêtes Coquelicot. 24
3.3 Lôenquête de lôassociation Apothicom : Impact de nouveaux outils sur les risque de lôinjection, juin 2008 (Debrus, 2008)... 26
3.3.1 Contexte et problématique 26
3.3.2 Hypothèses de départ.. 27
3.3.3 Questions.. 28
3.3.4 Objectifs de lôenquête 28
3.3.5 Méthode 28
3.3.6 Résultats 29
3.3.7 Discussion 45
3.4 Quelles pratiques et quels résultats à lôétranger, notamment en Europe ? 48
3.4.1 La prévalence du VHC chez les usagers de drogue par voie intraveineuse aujourdôhui à lôétranger 48
3.4.2 Ce qui marche en Europe 50
4 RECOMMANDATIONS NOUVELLES 52
4.1 Distribution de seringues et programmes dôéchanges de seringues(PES)...... 52
4.2 Education à lôinjection - Education entre pairs 52
4.3 Le parcours fléché couleur de lôusager de drogues par voie intraveineuse 53
CONCLUSION.. 55
BIBLIOGRAPHIE... 57



.... 60
façon BD » 61
4.5 Annexe n°2 : WOLINSKI.. 62
4.6 Annexe n°3 : Questionnaire et grille dœntretien... 63

INTRODUCTION

En quelques années, au début des années 70, l'héroïnomanie par voie intraveineuse est devenue un problème majeur de santé publique, tant en Amérique du nord que dans les pays d'Europe de l'Ouest et en Australie.
Au milieu des années 80, des études épidémiologiques inquiétantes vont alerter les pouvoirs publics sur les risques de contamination par le VIH de ces usagers de drogues par voie intraveineuse ; ainsi, en 1988, aux Etats-Unis le nombre de cas de SIDA attribués à l'usage de drogues IV dépasse le nombre de cas attribués à toutes les autres causes.

Pourtant, au cours des années 90, l'injection intraveineuse reste la pratique la plus courante chez les usagers de drogues, alors que le produit d'injection change d'une région du monde à l'autre (héroïne, dans la majeure partie des cas, mais aussi cocaïne – mélangée à l'héroïne en speed-balls – ou amphétamines).
En 2000, le taux d'utilisation des drogues injectables par 1 000 individus de 15 à 54 ans varie de 2,5 à 8,9 selon les pays étudiés, au Canada et dans certains pays d'Europe (OEDT, 2000).
Ainsi, en 1999, en France, on estime à 150 000 à 180 000 le nombre de personnes qui consomment régulièrement des opiacés le plus souvent par voie intra-veineuse (Costes, 2006).

En 2008, en Europe, le rapport de l'OEDT reste inquiétant :
L'Union Européenne et la Norvège comptent de 1,3 à 1,7 million d'usagers problématiques d'opiacés, et l'héroïne reste à l'origine de la plus grande partie des coûts sanitaires et sociaux liés à la drogue en Europe. Dans la plupart des pays européens, entre 50 % et 80 % de toutes les demandes de traitement sont liées à la consommation d'opiacés.
Au moins 7 000 à 8 000 décès imputables à l'usage de drogues ont lieu chaque année en Europe et les surdoses de drogue sont l'une des principales causes de décès chez les jeunes européens.
Environ 80 % des surdoses mortelles sont liées à l'usage d'opiacés et l'injection de ces substances est l'un des principaux vecteurs de diffusion des maladies infectieuses liées aux drogues. On estime que la consommation de drogues est à l'origine de quelque 3 000 nouveaux cas de VIH chaque année en Europe et différents pays rapportent que, généralement, plus de 40 % des usagers pratiquant l'injection sont infectés par le VHC (virus de l'hépatite C). Des traitements de substitution aux opiacés sont actuellement disponibles dans tous les États membres de l'UE, en Croatie et en Norvège, et environ 600 000 usagers d'opiacés en bénéficient chaque année.
(source OFDT : http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/opioides.pdf)

Pourtant, devant la multiplication des surdoses mortelles et la recrudescence des contaminations des usagers par le VIH, dès le milieu des années 80 au

Grande-Bretagne, et dans les années 1990 en
politique internationale de réduction des risques
ogrammes de réduction des méfaits ont été mis
sur pied en réponse à la propagation du VIH/sida chez les usagers.
Selon les pays, deux approches principales vont être utilisées en réduction des méfaits : les traitements par la méthadone (puis, dans certains cas, par la buprénorphine haut dosage ou BHD) et les programmes d'échange de seringues (PES). Dans la plupart des pays, les politiques de santé publique se sont efforcées de faire en sorte que les traitements par la méthadone et les PES soient offerts dans le cadre d'un ensemble de services de soutien : interventions en situation de crise, soins médicaux et sociaux, hébergement, services d'approche et counseling…
Par ailleurs, certains pays vont développer des salles d'injection supervisées, notamment en Allemagne, aux Pays-Bas et en Suisse, mais également des programmes de traitement assisté à l'héroïne injectable, en Grande-Bretagne, aux Pays-Bas et en Suisse.
L'objectif de ces programmes n'était pas de lutter contre la dépendance à l'héroïne, mais contre un fléau plus grave encore : les contaminations par le VIH et le VHB. Ainsi, les objectifs étaient de faire changer les comportements des toxicomanes.

Dans tous les pays, les équipes de soins ont rapidement remarqué que la source principale de contamination par les différents virus (VIH, VHB puis VHC) était liée à une mauvaise utilisation des seringues et des aiguilles qui servaient aux injections ; ainsi, les règles d'hygiène n'étaient pas respectées : matériel non stérile, partage du matériel par plusieurs personnes …
Ainsi dans plusieurs pays européens, une politique d'échange de seringues et de matériel d'injection se met en place, dès le milieu des 80.
Dès le milieu des années 90, la preuve est faite internationalement que ces approches en réduction des méfaits réussissent à limiter la propagation du VIH/sida et permettent à de nombreux usagers de drogues par voie intraveineuses de recevoir de l'aide sous différentes formes.

En France, un dispositif de prévention des risques liés à la toxicomanie de première ligne se met en place dès 1987, consistant à faciliter l'accès aux seringues ; rapidement, une réflexion sur la diversification de l'offre de soins est menée, et des « protocoles méthadone » sont élaborés en 1990, suivis de la mise sur le marché de la méthadone en juin 1995 et de la BHD en février 1996.
Cette politique de réduction des risques, qui a concerné initialement des injecteurs d'héroïne, a rapidement donné de bons résultats tant en termes de réduction des contaminations par le VIH, que pour la réduction du nombre d'overdoses mortelles.
Cependant, de nouvelles modalités d'injection sont apparues (speed-ball – mais surtout, injection détournée de la BHD) qui conduit à nous questionner sur l'efficacité de cette politique.
Par ailleurs, malgré une efficacité de ces politiques de réduction des risques sur les contaminations pour le VIH, le taux d'infection par le VHC chez les usagers

…neuse reste élevé ; Il semble donc important …évenir le partage des seringues et du reste du …ncourager les usagers à adopter d'autres modes de consommation que l'injection.

Ainsi, les équipes de terrain font un diagnostic en forme de paradoxe : l'augmentation constatée de l'incidence du VHC dans la population des usagers de drogues par voie intra-veineuse, met en échec la politique de réduction des risques (réduction des risques), mise en place depuis 1994 par les différents gouvernements français, auprès des toxicomanes.
Malgré le développement d'outils de réduction des risques de plus en plus perfectionnés, les nouvelles contaminations par le VHC sont toujours aussi difficiles à enrayer. Si la réduction des risques a été efficace pour lutter contre la contamination par le VIH des usagers de drogues par voie intraveineuse, l'incidence de l'épidémie de VHC dans cette population - 5000 nouveaux cas/an en France - stagne.

Dans le cadre de notre travail, nous avons cherché à analyser l'expérience menée à Ivry-sur-Seine, dans le Val de Marne, à travers l'évolution durant 15 années d'un outil de réduction des risques pour les usagers de drogues par voie intra veineuse, le stéribox, créé en 1991.
Après avoir relaté l'histoire de cette expérience, nous procèderons à l'analyse d'une enquête menée auprès des usagers par l'association Apothicom, créatrice du stéribox, avant de nous demander s'il est pertinent de continuer à faire évoluer cet outil, ou s'il faut modifier les pratiques en matière de réduction des risques.

La trousse de prévention Stéribox est un kit contenant du matériel à injection stérile vendu en pharmacie. Il est né en 1991 à Ivry-sur-Seine grâce au partage du savoir de médecins généralistes du centre de santé, des pharmaciens de la ville, et des pratiques des usagers. Il a évolué en fonction des épidémies auxquelles les usagers de drogues par voie intraveineuse ont dû faire face : d'abord le virus du SIDA et, depuis dix ans, le virus de l'hépatite C.
L'association Apothicom, qui a créé et implanté le stéribox sur le territoire d'Ivry-sur-Seine, grâce à un travail de santé communautaire que nous décrirons, a mené une enquête au printemps 2008, afin d'approfondir la connaissance des pratiques des usagers, dans cinq centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogue (CAARUD), auprès de quarante sept usagers. L'étude portait sur les risques après l'injection et sur ceux liés à la réutilisation du matériel d'injection.
A partir de l'analyse des résultats de cette enquête, nous discuterons des raisons possibles de cet échec des politiques actuelles de santé publique concernant le VHC, et nous tenterons de dégager de nouvelles pistes d'actions dans le champ de la réduction des risques, dont nous souhaiterions tester la faisabilité au niveau local, sur le territoire d'Ivry et du conseil intercommunal de lutte contre la drogue et la toxicomanie de l'arrondissement de l'Hay-les-Roses,

élus de dix communes de l'ouest du Val de

UCTION DES RISQUES EN EUROPE ET EN AMERIQUE DU NORD

Jusqu'au début des années 80, au Canada, comme dans la plupart des pays européens, la réponse convenue face aux usagers de drogue par voie intraveineuse consiste à les arrêter, à les incarcérer et à leur fournir un traitement axé sur l'abstinence. La prise en charge est axée sur le traitement de la dépendance, malgré une efficacité très relative.

Pourtant, dès le milieu des années 80, devant l'épidémie de contaminations par le VIH chez les usagers, les politiques européennes et Nord-américaine de lutte contre l'usage de drogues doivent changer radicalement.

Face à cette épidémie, des mesures particulières vont être mises en place dans de nombreux pays pour réduire ou minimiser les modes d'injection à risque élevé (ex. : partager une aiguille). De nouvelles approches vont également être élaborées pour réduire les activités sexuelles à risque et améliorer la capacité des toxicomanes à prendre soin d'eux-mêmes.

Dans les faits, plusieurs de ces initiatives vont comporter plusieurs modules, et notamment l'éducation des usagers de drogue par voie intraveineuse. La majorité des programmes vont poursuivent des objectifs à long terme, implicites ou explicites : les inciter à suivre des traitements et réduire la propagation des infections et la criminalité associées aux stupéfiants.

Ainsi, un document rédigé en septembre 2001 par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), pour la Direction Générale de la Santé de la Population et de la Santé Publique, a répertorié plusieurs cadres d'initiatives principaux de réduction des méfaits répondant à l'utilisation des drogues injectables (Ogborne, 2001) :

Initiatives	Objectifs immédiats
Éducation sur : la prévention des surdoses les pratiques d'injection sécuritaires les risques de partage des seringues la sexualité sans risques	Réduire : les décès par surdose les abcès et les infections aux endroits d'injection les dommages aux veines le partage des seringues et les problèmes connexes
PES ou autres moyens de distribution : pharmacies, distributrices automatiques, camionnettes de distribution	Réduire : le partage des seringues et les problèmes connexes la propagation des maladies transmissibles par le sang
Centres d'injection supervisés	Réduire : les décès par surdose le partage des seringues et les problèmes connexes Faire en sorte que le public soit moins exposé aux pratiques d'autoinjections Offrir l'accès à du counseling et à d'autres services sociaux/de santé
Distribution d'eau de Javel	Réduire les risques d'infection dans les cas de partage de seringues ou d'aiguilles

	Fournir de la nourriture et/ou un abri Améliorer la capacité de prendre soin de soi-même et l'accès aux services Faire en sorte que le public soit moins exposé aux pratiques d'autoinjection Offrir du counseling
Services d'approche : par des professionnels par les pairs	Fournir de la nourriture et/ou un abri Intervenir en situation d'urgence Distribuer aiguilles/eau de Javel/méthadone
Méthadone à seuil bas	Réduire : le besoin de drogues injectables l'utilisation des drogues illicites Stabiliser le client, améliorer sa santé et son Intégration sociale
Méthadone à seuil haut	Réduire/éliminer : le besoin de drogues injectables l'utilisation des drogues illicites Stabiliser le client, améliorer sa santé et son intégration sociale
Prescription d'autres drogues de maintien injectables ou non : LAAM, buprénorphine, codéine, héroïne	Réduire/éliminer : le besoin de drogues injectables l'utilisation des drogues illicites Améliorer les autres facettes de la vie
Prescription de drogues de prédilection autoinjectables : opiacés, amphétamines, cocaine	Réduire/éliminer : le besoin de drogues injectables l'utilisation des drogues illicites Améliorer les autres facettes de la vie
Zones de tolérance aux drogues	Restriction géographique de l'utilisation des drogues

Parmi toutes ces initiatives, des politiques d'échanges d'aiguilles et de seringues apparaissent dans certains pays d'Europe dès le début des années 80.
Ces programmes d'échanges de seringues vont s'appuyer, notamment en Grande-Bretagne, sur deux constatations fondamentales : « en 1988, la diffusion de VIH est une plus grande menace pour la santé publique et la santé des individus que le mésusage des drogues » … De plus, « nous devons reconnaître que pour l'instant, beaucoup d'usagers de drogues ne seront pas suffisamment motivés pour considérer l'abstinence et que beaucoup d'injecteurs de drogues ne seront pas suffisamment motivés pour changer leur mode d'administration » (Stimson, 1991).

Par ailleurs, la politique anglaise de réduction des méfaits va s'accompagner de cinq affirmations-clés (Stimson, 1991) :

- la <u>nature du problème</u> : la focalisation ne doit plus se faire sur le produit ou sur la dépendance, mis sur un mode particulier de prise de la drogue, l'injection.
- la <u>nature de l'usager de drogues</u> : « les usagers de drogues ne sont pas, de façon inhérente, des personnes irrationnelles » ; il sont concernés par leur santé et sont prêts avoir une part active pour réduire leurs risques de contamination par le VIH.

du fait d'une focalisation sur le corps et la santé psychologie et l'esprit), la cible devient le té » et les pratiques de risque. Les structures doivent accepter de travailler avec des individus qui continuent de consommer, afin de les aider à réduire leurs risques et à éviter de se contaminer ou de transmettre le VIH.

- la renaissance du « drug worker » : ces nouvelles pratiques de réduction des risques conduisent à l'apprentissage de nouveaux outils et compétences ; de nouveaux professionnels s'impliquent d'avantage dans cette politique de santé publique (infirmiers, médecins généralistes, infectiologues …), alors que des éducateurs de santé (souvent anciens usagers) sont enrôlés pour aider à la délivrance des seringues.
- enfin, l'accès facilité et favorisé aux services, avec des modèles relationnels coopératifs et égalitaires, qui redonnent aux usagers un contrôle sur leur comportement – avec le développement de services de soins orientés vers les besoins des usagers.

A Amsterdam, un programme d'échange d'aiguilles et de seringues est mis en place dès 1984, afin de réduire l'incidence des contaminations par le VIH et le VHB (Buning, 1991).
La Grande-Bretagne est également un pionnier de l'échange de seringues et aiguilles, mais il faut attendre 2003 pour que la loi autorise la distribution d'autre matériel pour faciliter l'injection d'héroïne : ampoules d'eau, tampons de coton ustensiles pour la préparation de la drogue (cuillères, coupelles …), filtres et citrate (Beynon, 2007).
L'Espagne rejoint les autres pays d'Europe dès le début des années 90 (Bravo, 2007).
Le Canada offre des services d'échange de seringues depuis 1987.
Les Etats-Unis démarrent leur programme avec plus de difficulté ; en 1998, dans The Lancet, un débat rappelle l'efficacité des échanges de seringues, l'absence d'augmentation de l'usage d'héroïne, et son rôle dans la prévention des contaminations par le VIH (Lancet, 1998).

Les résultats de cette politique ne se font pas attendre, puisqu'à l'exception du Canada, tous les pays étudiés (Pays-Bas, Grande-Bretagne, Suisse, Allemagne) ont réussi à contenir ou à réduire la propagation de l'infection par le VIH chez les usagers de drogue par voie intraveineuse, entre 1985 et 1995.
Plusieurs éléments peuvent expliquer ce succès, mais il y a de fortes raisons de croire qu'il reflète la mise en oeuvre de politiques et de programmes de réduction des méfaits qui offrent un meilleur accès à la méthadone et réduisent le partage des aiguilles et des seringues à l'aide des PES et en éduquant les utilisateurs (Fischer, 2000).
Les Etats-Unis et New-York voient également une diminution du nombre de nouveaux cas de contamination par le VIH chez les usagers de drogue par voie intraveineuse entre 1992 et 1997, liée au développement des programmes d'échanges de seringues et aux modifications des comportements à risques des usagers de drogues (Des Jarlais, 2000).

…opinion publique mondiale au sujet de ces …me si plusieurs études ont montré que la mise à … était pas incitative et n'augmentait ni la consommation, ni le recours à l'injection, ni le nombre de nouveaux usagers (Beauverie, 2000). Au contraire, ces programmes semblent réduire le taux de partage des seringues chez les usagers et ont également permis aux services de santé de rentrer en contact avec de nombreux utilisateurs de drogues, auparavant éloignés des soins.

Ainsi, il apparait actuellement évident que ces programmes doivent être étendus et voir leur nombre augmenter, afin de les rendre encore plus accessibles. Le besoin est particulièrement pressant dans les collectivités rurales et en milieu carcéral.

2 EVOLUTION D'UN OUTIL DE REDUCTION DES RISQUES EN TOXICOMANIE EN FRANCE

2.1 Rappel du contexte législatif et accessibilité de la seringue de 1970 à 1994 en France

En France, le problème de la toxicomanie est régi par la loi du 31 décembre 1970 qui la consacre comme une pratique portant atteinte aux individus et, à travers eux, à la société. Auparavant, la loi interdisait et réprimait tous les actes de trafic de stupéfiants et uniquement leur usage en société, aucune répression ne visait les pratiques privées de consommation.

La loi de 1970 prévoit la mise en œuvre d'un traitement médical de l'usage de stupéfiants renforcé par la sanction pénale, mais elle porte en elle les germes d'une dérive répressive.
Pourtant, la pratique quotidienne va mettre en question les deux grandes idées de cette loi :

- La possibilité de distinguer le trafic de l'usage de stupéfiant.
- La possibilité de renforcer l'impact de l'action sanitaire par le recours à la sanction pénale.

La frontière légale entre l'usage et le trafic, mal définie, écarte de fait certains usagers de tout recours au système de soins. Les autorités judiciaires ont tendance, même pour de simple usage, à certaines périodes, à privilégier la sanction sur le traitement sanitaire.

le but de combattre la toxicomanie par voie intra
gues sans ordonnances médicales a été interdite

Impuissantes à freiner l'explosion de la toxicomanie durant les années 70, ces mesures se sont avérées catastrophiques quand l'épidémie liée au VIH s'est révélée dans toute son ampleur.

En France, le premier cas de SIDA chez un toxicomane est découvert en avril 1984. En 1993, un cas de SIDA sur 3 est en relation avec la toxicomanie (usager, partenaire sexuel, enfant de mère toxicomane).
Loin de freiner la consommation de drogue, l'interdiction de la vente libre des seringues a obligé des dizaines de milliers de toxicomanes à partager leurs seringues, vecteurs privilégiés du VIH, de l'hépatite B et d'un nouveau virus, que l'on découvre en 1989, le virus de l'hépatite C.
Une des premières réponses sanitaires à l'épidémie fut, le 13 mai 1987, par décret de Madame BARZACH, Ministre de la santé, la suspension pour un an de l'application du décret du 13 mars 1972, décision prorogée le 24 août 1988, puis l'abrogation du décret de 1972 par la publication de celui du 11 août 1989.
Cette mesure essentielle n'a malheureusement pas été accompagnée par une sensibilisation et une formation des pharmaciens et des policiers. Les pharmaciens ont tardé à la mettre en application, et l'amélioration de l'accessibilité à la seringue ne s'est faite que progressivement et avec difficulté.
En 1993, un pharmacien sur 5 continue à refuser la vente ou à mettre un obstacle à l'achat (refus de vente à l'unité, prix prohibitifs, augmentation du prix de vente à l'unité en fonction de l'heure de l'achat…)[2].
Enfin, si l'achat sans ordonnance d'une seringue est légalisé, leur possession reste toujours pour les officiers de police judiciaire une présomption d'usage de drogue passible de poursuites.
Quant aux actions de prévention, elles ont progressivement été mises en place dans un espace de non-droit. Les programmes d'échange de seringues, le projet stéribox (dont le kit vendu en pharmacie ne disposait pas d'autorisation de mise sur le marché) se sont retrouvés en marge de la législation ; seul leur caractère expérimental leur a permis de survivre.

Ce n'est qu'en juillet 1994 que le ministère de la santé a repris ces différentes actions pour les étendre à toute la France et a élaboré une politique de réduction des risques qui a fait entrer les toxicomanes, les intervenants en toxicomanie, le corps médical, les pharmaciens, la justice et la police dans une nouvelle ère de prise en charge de la pratique de l'usage de drogues.

---

[1] Décret n°72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et lõimportation des seringues et des aiguilles destinées aux injections en vue de la lutte contre lõextension de la toxicomanie. J.O 14 mars 1972, p. 2679.

[2] Comité interministériel de lutte contre la toxicomanie du 21 septembre 1993.

…ique du VIH au début des années 1990

…ers de drogues par voie intra veineuse (usagers de drogue par voie intraveineuse) infectés par le VIH est le second groupe en importance après les homosexuels et les bisexuels.
La contamination par le VIH parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse est intervenue massivement dans les années qui ont précédé la libéralisation de la vente des seringues en pharmacie en 1987.
De 3.8% en 1984, année du premier cas détecté en France, le taux passe à 15.1% en 1987.
Le nombre de contaminations augmente en proportion et en valeur absolue. Près du tiers des 80 000 à 120 000 usagers sont contaminés par le VIH. En 1990 ils sont 24.7%, pour atteindre 26.5% en 1991 et 27.5% en 1992 (InVS 1992).
Les zones les plus touchées sont la région Provence Alpes Côte d'Azur et l'Île de France. Dans la petite couronne de Paris, les départements les plus touchés sont la Seine-Saint Denis, les Hauts de Seine, le Val de Marne. Dans les lieux de soins de la petite couronne, la proportion des toxicomanes parmi les malades atteints du SIDA dépasse 50%. Le taux de séropositivité parmi les usagers de drogue dans les maisons d'arrêt de la région parisienne a pu atteindre 70% entre 1987 et 1988 (InVS, 1993).
En région parisienne, l'aggravation de l'état de santé des toxicomanes est soulignée par l'observatoire régional de la santé d'Ile de France.

Dans le Val de Marne, 43% des séropositifs pour le VIH suivis en médecine de ville auraient été contaminés par l'usage de la seringue. Ainsi, en 1990, ce département est désigné par l'agence Française de lutte contre le SIDA (AFLS) comme site pilote pour la prévention du SIDA[3].
Dans ce contexte, L'équipe du Centre de Santé Municipal d'Ivry sur Seine, qui collabore avec les pharmaciens du département et qui accueille depuis plusieurs années des toxicomanes, décide de présenter un projet de prévention du SIDA. Sachant que le passage obligé du toxicomane est l'officine pharmaceutique, une campagne de prévention leur a été proposée lors de l'achat de la seringue. Les sujets, dans leur très grande majorité (95%) achètent leurs seringues dans les officines pharmaceutiques (Ingold, 1992). Le projet a été validé par le comité de pilotage de l'AFLS[4] sur le département en février 1991.

[3] AFLS- SFTG « Attitude et comportements des médecins de ville pour la prise en charge des toxicomanes dans le Val de Marne ». 1992
[4] Le comité de pilotage était composé de : Dr Daniel Cî ur-Joly (DSSAS), Dr Françoise Dumay (AFLS), Dr Bernard Elghozi (Créteil solidarité), Dr Thérèse Hornez (DDASS),Francis Ilien (Association Espoir), Dr Elliot Imbert (Centre de Santé dôIvry), M.P Joly (DDASS), Dr Patrick de la Selle (SETG), Pr Alain Sobel (coordinateur CISIH Henry Mondor), Dr M.C Leroux (DSASS), Dr Françoise Quitancon (Santé scolaire), Jacqueline Rondepierre (DSSAS).

… le pharmacien, quand vous lui achetez une seringue ? » a demandé un médecin généraliste du Centre de santé d'Ivry à Valérie, patiente toxicomane dont le mari était séropositif et qui venait de se décider à faire un test de dépistage du VIH. « Un képa » a-t-elle répondu en plaisantant. Le képa, c'est le verlan de paquet, dénomination que donnent les usagers de drogues à la petite enveloppe dans laquelle se vend l'héroïne. Elle ne croyait pas si bien dire. Quelques mois après, Valérie a eu en effet son képa en achetant sa seringue en pharmacie. Mais au lieu de la poudre, le képa contenait un message de prévention, un préservatif et une invitation à consulter au centre de santé. Les pharmaciens d'Ivry avaient convenu avec l'équipe du centre de santé de tenter ensemble une action de prévention ; c'était en 1990.
Selon les données de l'Observatoire Régional de la Santé d'Ile de France, rapportées à la ville d'Ivry, l'estimation du nombre de toxicomanes se situe entre 150 et 300.

Le Centre de Santé d'Ivry reçoit 300 consultants par jour. A côté de ses activités de soins, il abrite une consultation pour les Infections Sexuellement Transmissibles (IST), une consultation de planning familial et une consultation anonyme et gratuite d'accueil des toxicomanes dans laquelle 90 dossiers ont été ouverts depuis quatre ans. 90% des toxicomanes sont utilisateurs de drogues intra veineuses. Plus de la moitié des usagers suivis en file active sont séropositifs pour le VIH. Par ailleurs, 25 séropositifs d'étiologies diverses sont suivis au centre de santé.
Cette action auprès des pharmaciens avait comme objectifs d'évaluer leur vécu par rapport au décret de 1987, à savoir : combien de seringues étaient vendues ? comment l'étaient-elles ? quelles relations avaient-ils avec cette clientèle ? se sentaient-ils concernés par la prévention du SIDA ? la vente des seringues permettait-elle d'amorcer un dialogue avec les toxicomanes ? étaient-ils prêts à participer de façon active à une action de prévention du SIDA ? Deux questionnaires suivis d'un entretien non directif étaient proposés à 6 mois d'intervalle.
La campagne de prévention a consisté, dans chaque officine, lors de la vente d'une seringue sans prescription médicale, à donner une information spécifique sur le mode d'emploi de la seringue assortie d'une distribution simultanée d'un préservatif et à favoriser l'accès à un dépistage sérologique local gratuit du VIH.

Après une première réunion invitant médecins, pharmaciens, municipalité, partenaires sociaux, commissaire de police, au cours de laquelle a été annoncé le projet général, une équipe constituée de 2 médecins et d'un psychologue, s'est chargée de rencontrer systématiquement les pharmaciens et leurs personnels dans leurs officines (20 pharmacies).

Un travail d'élaboration de l'outil de communication a été mené par les toxicomanes eux-mêmes et les étudiants d'une école de communication (EMSAT, PARIS) qui ont participé à un concours.

ini jury composé par l'équipe du centre de santé
que du message qui, simplifié au maximum, s'est

« Qui se pique s'y frotte…. »
« Une seringue comme un préservatif ne s'utilise qu'une fois »
Le graphisme choisi pour accompagner cette campagne est une seringue façon BD (cf. Annexe n°1).

Le sachet dans lequel étaient vendues les seringues reprenait le message illustré et des dépliants étaient affichés dans les vitrines des pharmacies.
Dans le sachet, en même temps que la seringue, un emballage original du préservatif est réalisé. C'est celui que les toxicomanes ont l'habitude de reconnaître comme étant l'emballage de la poudre qu'ils achètent et appellent « le képa ».
Le « képa » comporte à nouveau le message « une seringue comme un préservatif ne s'utilise qu'une fois. Séropo ou pas ? Ce « képa » donne droit à un test de dépistage gratuit au centre de santé » (suivent adresse et téléphone) Le pliage du « képa » a été réalisé par d'anciens toxicomanes dans le cadre de leur réinsertion avec le club de prévention, le mode de pliage étant bien spécifique et bien connu des toxicomanes.

En septembre nous avons à nouveau réuni les pharmaciens, et à partir du mois d'octobre la livraison régulière dans les officines a commencé.
Sur 20 pharmaciens, 18 ont participé à cette campagne de proximité. Ils sont préoccupés par le SIDA et sont prêts à être des acteurs de prévention face au VIH et face à l'extension de l'épidémie chez les toxicomanes.

La quasi-totalité des toxicomanes qui ont consulté sont prêts à participer à un travail collectif de réflexion. Cette étude, alimentée par leurs besoins de connaissances, leurs préoccupations, permettrait de mettre en place un outil d'information ciblé sur la promotion de leur santé, sans condition de sevrage préalable, par le canal de la distribution des seringues. Quand vint le moment de faire le bilan de cette action, la principale question posée par les pharmaciens était « Sont-ils venus au centre de santé vous consulter, comme il était suggéré dans le képa ? » « Vingt-deux usagers sont venus consulter », avons-nous répondu.

La réponse positive des toxicomanes à une action de santé a convaincu les pharmaciens de l'utilité de poursuivre l'action qui allait aboutir à l'élaboration du stéribox.

aciens à cette première action et le fait d'avoir touché par ce moyen la quasi-totalité des toxicomanes locaux ont amené l'équipe du centre de santé, après un travail collectif de tous les intervenants y compris les usagers, à proposer de créer et de tester un kit de prévention plus élaboré lors de la vente de la seringue en pharmacie (Charansonnet, 1992).
Ce projet, validé par le comité de l'AFLS du site pilote du Val de Marne, a été soutenu et financé par la ville d'Ivry, le conseil général du Val de Marne et l'AFLS[5] en juin1992.
Il a permis la création du premier stéribox.
Il s'agissait de délivrer le conditionnement de la seringue, en l'accompagnant non seulement de son mode d'emploi, mais aussi des éléments nécessaire à la pratique intraveineuse à risques réduits : outre le préservatif, les tampons d'alcool, l'étui pour seringues usagées, de l'eau stérile, deux seringues stériles et des messages de prévention également nécessaires à la pratique intra veineuse à risques réduits : « Je ne prête pas ma seringue, je ne partage pas la cuiller, le filtre, j'évite l'overdose en injectant lentement, j'emballe ma seringue avant de la jeter, je ne réutilise pas ma seringue sauf en cas de nécessité absolue et dans ce cas je la désinfecte à l'alcool ou à l'eau de javel . Je peux porter ma seringue sur moi ». (Un message spécifique figure sur le fourreau extérieur pour que cette action soit comprise par les autorités de police.)
L'idée du képa a été réintroduite dans le kit, car en le dépliant l'usager découvre un message l'invitant à réaliser un test de dépistage du VIH gratuit au centre de santé.
Wolinski, illustrateur susceptible d'être compris à la fois de la cible visée (les usagers de drogue par voie intraveineuse), des principaux acteurs de prévention (les pharmaciens) et des cibles écrans (professionnels de la santé, opinion publique, police) a accepté de travailler sur ce projet (cf. Annexe 2).
Les pharmaciens ont été consultés et ont donné leur avis pendant l'été 1992 sur le kit de prévention.
Ils ont préféré un packaging livré déjà conditionné, plutôt que d'avoir à y inclure eux-mêmes les seringues.
Le prix de vente uniforme sur toutes les pharmacies de la commune, 5 francs, a été décidé après concertation avec les pharmaciens lors d'une réunion préparatoire précédant le lancement de l'action en novembre 1992.
En trois mois, 1900 stéribox ont été diffusés dans les 19 pharmacies de la ville participant à cette action, soit une centaine par pharmacie, et un stéribox par jour et par pharmacie.
Les pharmaciens ont mieux pris conscience de l'interdépendance SIDA/Toxicomanie, grâce à l'implication dans une action de santé publique.

[5] Ce comité était composé de : Dr Daniel Cî ur-Joly (DSASS), Anne-Marie Servant (AFLS), Janine Sylvestre (Coordinatrice Site Pilote AFLS), Dr Brigitte Jeanvoine (Promotion de la Santé Scolaire), Dr Thérèse Hornez (DDASS), Dr Patrck de la Selle (SETG), Dr Bernard El Ghozi (Créteil solidarité), Dr Albert Herzgovitz (SCH et commission toxicomanie de la ville dôOrly), L. Fiault (APJJ), Dr Elliot Imbert(Centre de Santé dôIvry), Jacqueleine Rondepierre (DSSAS, SPPPM du Val de Marne).



1987 n'a été accompagné d'aucune action on ou d'information à l'attention du pharmacien. e position difficile, mal vécue, et a appliqué cette mesure à contre cœur. Il a quelques fois refusé son application. Dans cette expérience 13 pharmaciens se sont montrés prêts à libérer leurs employés pour une formation gratuite.
L'adhésion des pharmaciens tient à plusieurs facteurs : la confirmation de leur rôle de conseillé de santé, l'officialisation d'une mesure difficile à appliquer, le sentiment de participer de façon active à une action utile dans l'identité et la solidarité professionnelle.
Le maintien du stéribox en pharmacie est souhaité tant par les pharmaciens que par les toxicomanes.
22 usagers de drogues intra veineuses ont répondu aux questionnaires (14 interviews de rue au magnétophone et 8 entretiens au centre de santé).
La satisfaction est évidente chez le toxicomane. Deux raisons essentielles motivent l'usager : D'une part stéribox contient « tout ce qu'il faut » pour que l'injection se déroule dans de bonnes conditions, d'autre part il protège des « maladies qui traînent » ;
Des patients suivis au centre de santé, ex-usagers souvent séropositifs, non inclus dans l'étude, nous ont dit avoir eu connaissance du stéribox. Il a été très rapidement connu des micro-réseaux naturels de cette banlieue (escalier, immeuble, cité, quartier).
En moins d'un mois c'est le « stéribox » qui était demandé au lieu de « l'insuline » dans l'officine.

Déjà sensibilisé au problème de la prévention de la maladie à VIH par la vente des préservatifs, le pharmacien s'est engagé ici sur une action de communication avec les toxicomanes grâce à un outil de prévention, le stéribox. Les usagers de drogues ont reçu le message « à chacun sa seringue ». L'outil de communication a permis de mettre en phase, le temps d'un message d'hygiène, un professionnel de santé et un individu en souffrance, souvent marginalisé.
Le réseau des pharmacies constitue un maillage de tout le territoire français. C'est ce réseau que notre équipe a décidé d'emprunter avec le stéribox afin qu'au message « on ne peut pas vous dire comment vous protéger, parce que ce que vous faites est interdit » se substitue la recommandation « prenez moins de risques, protégez-vous, protégez les autres » (Candillier, 1993).

2.5 L'extension du stéribox

Les communes avoisinantes de Vitry, Orly, celles de l'arrondissement de l'Hay-Les-Roses (10 communes de l'ouest du département dont Villejuif regroupées depuis peu dans une association d'élus appelée le conseil intercommunal de lutte contre la drogue et la toxicomanie : CILDT) s'associèrent au projet à partir du printemps 1993. Une convention avec l'AFLS permit à l'association APOTHICOM d'étendre l'action au-delà du Val de Marne. Dès juillet 1993, des villes des Hauts de Seine, avec l'association Chimène, y participèrent ainsi qu'à

...ssociation Ego) et en région marseillaise avec ...e prévention des toxicomanies (AMPT). Enfin le ....

La méthode de diffusion du kit est simple et s'est révélée très efficace. Toute association travaillant sur la toxicomanie et souhaitant participer au projet convenait avec l'association APOTHICOM de s'engager à diffuser le kit directement chez le pharmacien et d'en assurer l'approvisionnement régulier. Elle devait ensuite élaborer des cartes avec les adresses de proximité et participer à l'évaluation du projet.

APOTHICOM se chargeait, dans un premier temps, d'assurer la formation des équipes. Le kit était donc vu comme un véritable outil de communication liant associations, pharmaciens et usagers. Le lancement du KIT dans une zone géographique donnée devait se faire après une succession de contacts associant la ville ou le département, les autorités judiciaires et les pharmaciens.200 000 stéribox ont été diffusés en une année, le prix de vente a été testé à 5, 7 et 10 francs.

L'évaluation du projet s'est faite en deux étapes :

- Une enquête chez les pharmaciens :

A chaque visite d'une officine par une association partenaire, un questionnaire était proposé au pharmacien pour apprécier sa connaissance du problème et le sensibiliser à l'interdépendance toxicomanie-SIDA. Le questionnaire servit de canevas à une évaluation qualitative des attitudes des pharmaciens face aux usagers de drogues, le kit était ensuite présenté et proposé à la vente. Cette enquête s'est déroulée de juillet 1993 à septembre 1994 ; environ un millier de pharmaciens a été contacté (Candillier, 1995a).

- Une enquête auprès des usagers de drogues :

Elle s'est déroulée en avril/ mai 1994 à l'aide d'un auto-questionnaire dans les différents départements ayant participé au programme.

Dès juillet 1994, le ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville a décidé d'étendre au niveau national la vente du kit. Une licence d'exploitation a été concédée au Ministère par APOTHICOM.

Les messages ont été modifiés, les dessins de Wolinski abandonnés, le filtre retiré, les adresses de proximité n'ont pu être intégrées dans le cadre d'une diffusion nationale. La fabrication est assurée par un industriel, alors qu'APOTHICOM collaborait avec un CAT. Le coût total (fabrication, livraison, et marge du pharmacien) est d'environ 7 francs, le programme bénéficie d'une subvention de 2 francs permettant un prix de vente conseillé de 5 francs. Le volume des ventes, au mois de décembre 1994 s'élève à 150 000 « stéribox » par mois.

Dès le début de l'extension nationale du programme stéribox, l'équipe du Centre de Santé d'Ivry et APOTHICOM a vu émerger un problème majeur : Le kit devient un produit commercial, fabriqué et diffusé par l'industrie pharmaceutique et le lien essentiel entre associations et pharmaciens disparaît.

t et de maintenir les liens avec les usagers de
t les pharmaciens.

2.6 Naissance du stéribox 2

Malgré les campagnes d'information associés à la distribution des stéribox, malgré la diffusion du stéribox à l'ensemble des officines nationales, et alors que l'on observe un fléchissement du nombre des contaminations annuelles par le VIH (de 2100 à 2500 entre 1990 et 1994, les contaminations chutent à moins de 900 par an, entre 1994 et 1998), un autre fléau épidémiologique se développe : l'épidémie d'hépatite C se poursuit de façon préoccupante chez les toxicomanes. En moyenne, dix personnes par jour sont contaminées. Parmi ces personnes, certaines n'ont jamais partagé leurs seringues mais ont échangé le matériel de préparation avec un autre usager ; on découvre que l'échange de matériel de préparation est un mode de contamination pour le VHC, mais aussi que les professionnels de terrain et surtout les usagers de drogues IV ne connaissent pas ce mode de contamination.

Pourtant, la connaissance des pratiques des toxicomanes nous a amené à proposer dès 1997 de modifier le contenu du stéribox.
Le fort taux de réutilisation des seringues et des mauvaises pratiques de nettoyage, la préparation de l'injection, le partage de la drogue, comportent des risques importants de contamination.
Les Seringues et aiguilles déjà utilisées contiennent toujours du sang, pour deux raisons essentielles :

- Le toxicomane doit, avant de s'injecter le produit, vérifier qu'il est bien dans la veine en aspirant un peu de sang ;
- avant la fin de l'injection la plupart des usagers ont l'habitude de faire une « tirette » en aspirant un peu de sang pour ne pas perdre le produit restant dans l'aiguille.

Si l'on ajoute la difficulté technique et la fréquence des injections dans de mauvaises conditions à l'utilisation de seringues et de matériels déjà utilisés, donc souillés, l'injection est à risques quand il y a :

- partage de la drogue diluée en aspirant directement dans la cuiller, la « marmite » en y trempant les aiguilles à plusieurs ou en distribuant la drogue à partir d'une seringue (backloading),
- rinçage de la seringue contenant du sang en la trempant dans un récipient contenant d'autres seringues,
- rassemblement des filtres ayant déjà servi pour « exprimer » la drogue piégée et se faire une injection supplémentaire,
- impossibilité fréquente de reconnaître sa seringue dans l'immédiat « après shoot » ou dans l'urgence du shoot suivant.

serm de 1995, sur 320 usagers, ceux qui tage de la cuiller vont moins souvent la partager res injection (34.9% versus 61.8%, p<0.001). Par contre il n’y a pas de différence significative entre le nombre de ceux qui connaissent les risques liés à l’utilisation en commun des filtres et ceux qui l’ignorent (38.7% versus 39.2%). Presser le filtre permet de récupérer en partie la drogue piégée. La récupération de la drogue semble primer sur la connaissance et la prise de risque, notamment dans le cas de nécessité urgente ressentie (Candillier, 1995b).

Apothicom a donc étudié la possibilité de mettre à disposition des usagers un récipient de chauffe et de dilution le « Stéricup » (Kempfer, 1997) et un filtre stérile à usage unique (Imbert, 1997).
En janvier 1998, Apothicom présente une action de Santé Publique auprès des usagers lors de leur passage en pharmacie.
Il s’agit de :

- mettre à disposition des toxicomanes un Stéribox avec le système Stéricup (coupelle stérile, filtre stérile et tampon sec à usage unique) et le proposer aux acheteurs de seringues ou de stéribox première génération, dans les pharmacies. Dans ce nouveau Stéribox sont incluses des informations spécifiques sur les risques de contamination virales (en l’occurrence, par le matériel autre que la seringue), sous la forme d’un « mode d’emploi ».
- mener chaque fois que possible, à l’occasion de cette distribution de nouveaux outils de prévention, une campagne d’information sanitaire en invitant au dépistage du VHC anonyme et gratuit, incitant à la vaccination contre l’hépatite B gratuite, incitant à la distribution de matériel d’information avec adresses locales de recours aux soins, aux traitements de substitution, à la prise en charge médico-sociale et la promotion des traitements de l’hépatite C, associant à cette campagne par une formation adaptée les pharmaciens d’officine et les structures de soins et de prévention.

Dans le même temps, par décret, la Direction Générale de la Santé a modifié le cahier des charges de fabrication du stéribox, permettant l’évolution de son contenu. Il y a eu une phase d’adaptation industrielle en 1998. A partir de septembre 1999 le stéribox2 incluant le stéricup, avec un filtre et un tampon sec, est mis sur le marché, le prix de vente est fixé à 7 francs. Au moment du passage à l’Euro, la mobilisation de l’ensemble des associations et des intervenants en réduction des risques a permis, grâce à la volonté du Ministre de la Santé Monsieur KOUCHNER, le maintien d’un prix raisonnable à un Euro.

UNE POLITIQUE DE REDUCTION DES AINE

Après quinze ans d'évolution du kit de prévention stéribox et de la mise en place d'une politique de réduction des risques en toxicomanie, une question se pose : quelle est l'incidence du VHC dans la population des usagers de drogues par voie intraveineuse ?

3.1 Le contexte épidémiologique du virus de l'hépatite C

L'hépatite C est une pandémie planétaire qui touche 175 millions de personnes dans le monde, dont 15 millions en Europe et 500 000 en France. Son principal mode de transmission est une contamination par voie parentérale (par transfusion sanguine, avant 1991, et surtout par toxicomanie intra-veineuse). La contamination par voie sexuelle est exceptionnelle, sauf en cas de contamination associée par le VIH ou en cas de brèches muqueuses. La transmission mère-enfant est faible. En 2005, la toxicomanie par voie IV représente la cause essentielle des nouveaux cas de contamination par le VHC (Couzigou, 2006).

Elle tue 3 300 personnes par an en France soit quatre fois plus que le VIH (Kempfer, 2003). Première cause des hépatites transfusionnelles, elle a d'abord été baptisée hépatite non A-non B dans les années 1970, jusqu'à l'identification du virus C en 1989.
On estime que 30% des personnes infectées chroniques ne vont pratiquement pas développer la maladie et rester indemnes de lésions pendant plusieurs décennies alors qu'à l'inverse 20% vont évoluer plus ou moins rapidement vers les complications d'hépatite chronique active, cirrhose et cancer.

L'épidémiologie moléculaire a permis d'identifier six groupes principaux appelés «génotypes », numérotés de un à six, et plus d'une centaine de « sous-types » de virus de l'hépatite C.
La diversification récente et rapide des sous-types 1a et 1b semble résulter de leur diffusion mondiale au cours du siècle dernier ; essentiellement par le biais de la transfusion de sang et de produits sanguins pour le génotype 1b, par celui de la toxicomanie par voie intraveineuse pour le génotype 1a.
L'épidémie de génotype 3 dans les pays industrialisés semble plus récente : ce génotype a en effet diffusé très rapidement chez les usagers de drogues par voie intraveineuse à partir des années 60.
L'évolution génétique du génotype 1b se ralentit actuellement, en raison de la diminution significative de sa transmission liée à la quasi disparition du risque transfusionnel. L'absence de contrôle de l'épidémie chez les usagers de drogues par voie intraveineuse est associée à une évolution génétique rapide des génotypes 1a et 3a, en relation avec leur diffusion.[6]

---

[6] *L'hépatite C*. P.CACOUD,P. MARCELLIN, C. TREPO. Masson 2007, p.14

xclusivement liée à la mise en contact du sang autre. La transfusion de produits sanguins et se de transmission du VHC jusqu'au début des années 1990. Selon les dernières données épidémiologiques de l'institut de veille sanitaire, on estime que 500 000 à 650 000 seraient infectés par le virus de l'hépatite C, 15 à 20% seraient des usagers de drogue ou ex-usagers (Langlet, 2007), le reste aurait été contaminé par le biais transfusionnel. Les mesures de préventions, qui associent la sélection des donneurs à la recherche des anticorps anti-VHC et du génome viral, ont abouti à un risque résiduel calculé d'une hépatite C pour dix millions de dons, soit une hépatite tous les trois ans.[7]
Ce sont les autres modes de transmission du virus de l'hépatite C que l'on retrouve à l'origine de contaminations.

1. L'usage de drogues par voie intraveineuse :

La séroprévalence du VHC est élevée (50 à 80%) chez les usagers de drogue par voie intraveineuse. Le risque de transmission du VHC chez les usagers de drogues n'a pas diminué aussi vite que le risque de transmission du VIH. Ce mode de contamination reste à ce jour responsable de 70% des nouveaux cas d'infection. La persistance du risque semble liée à la charge virale plus élevée pour le VHC que le VIH, au partage de seringues lors des premières injections, au cours des incarcérations, au partage de l'ensemble du petit matériel nécessaire aux injections (eau, cuiller, filtre) qui perdurent malgré la politique de réduction des risque mise en place depuis quinze ans. Surtout, le VHC survit 24 à 48h dans l'air ambiant, et est dix fois plus contaminant que le VIH.
Le VHC pourrait également être transmis par voie nasale par le partage de pailles lorsque des lésions de la muqueuse nasales existent.
La transmission nosocomiale du VHC, même si elle est plus rare que dans les années 1950 à 1980, représente la deuxième cause la plus fréquente de nouvelles infections, restant loin derrière l'usage de drogue par voie intraveineuse[8]
D'autres modes de transmission ont été repérées lors de tatouages et de piercing, lorsque les précautions d'usages ne sont pas respectées. Dans 10 à 30% des cas le mode de transmission de l'infection n'est pas retrouvé, soit par dissimulation, soit par méconnaissance, soit par oubli ou par transmission percutanée méconnue.

2. Prévalence et incidence :

La prévalence des anticorps anti VHC dans un échantillon représentatif d'assurés sociaux était en 1994 de 1.1%. Elle était en 2004 de 0.84% chez des sujets de 18 à 80 ans résidant en France, et 65% des sujets séropositifs étaient virémiques.[9] D'après l'institut de veille sanitaire, on estime donc qu'il existerait en France environ 550 000 sujets ayant une infection chronique par le VHC, dont 57% seulement connaissent leur statut.

---

[7] *L'hépatite C.* P.CACOUD,P. MARCELLIN, C. TREPO. Masson 20077, P.15
[8] Ibidom, p.15
[9] Ibidom, p. 17



tions VIH et VHC et des pratiques des usagers de drogues par voie intraveineuse : Les enquêtes Coquelicot 2002, 2004, InVS-ANRS

3.2.1 La politique de réduction des risques

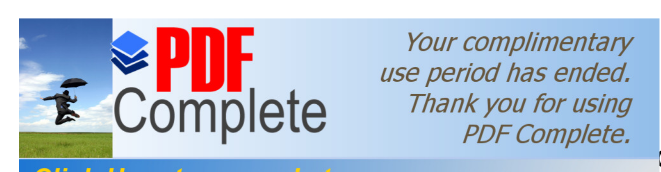
L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies estime entre 170 000 et 190 000 le nombre d'usagers de drogues, dont plus de la moitié seraient des injecteurs actifs.
Pour prévenir les infections à VIH et VHC et en diminuer la prévalence chez les usagers de drogues, le Ministère de la Santé a mis en place une politique de réduction des risques.
La réduction des risques est une stratégie du pas à pas, pour accompagner les usagers de drogues dans leur long parcours de dépendance afin de réduire l'ensemble des risques psychosociaux et sanitaires liés à l'usage des drogues.
Le premier acte de cette politique remonte à 1987 avec le décret autorisant la vente libre de seringues en pharmacie. Après une période expérimentale au début des années 1990, inspirée d'expériences étrangères, notamment en Grande-Bretagne, en Suisse et en Espagne, il faut attendre les années 1993-1994 pour que la réduction des risques en toxicomanie prenne forme sous l'autorité du Ministre Madame VEIL.
Deux axes vont être développés :

- la prévention primaire des contaminations, autorisation de la diffusion de trousses de prévention, dont le stéribox en officine, programmes d'échanges de seringues, et la simplification de l'accès aux soins par l'ouverture de structures bas seuil, boutiques, sleep-in, équipes de rue…
- La diffusion des traitements de substitution par le subutex en médecine de ville autorisé en 1996 et le développement de nombreux centre de soins spécialisés en toxicomanie dans lesquels la délivrance de la méthadone prend forme dès 1995.

Elle est définie aujourd'hui par le décret n°2005-347 du 14 avril 2005, approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogues et complétant le code de Santé Publique.

3.2.2 Les enquêtes Coquelicot.

L'Institut national de Veille Sanitaire a mis en place l'étude ANRS-Coquelicot.
166 usagers de drogues ont été recrutés à Marseille. Un auto questionnaire a permis le recueil des données déclaratives qui ont été comparées a des données biologiques (sang au doigt sur papier buvard).
Dans cette étude la prévalence au VIH est de 22% et il y a concordance entre le déclaratif et le biologique, par contre la prévalence du VHC est de 52% en



que. Un tiers des usagers de drogues ignore leur contamination est importante chez les jeunes : contaminés par le VHC sont recrutés chez les moins de 30 ans. La contamination se fait très tôt chez les usagers de drogues par voie intra veineuse. Par contre aucun usager de moins de 30 ans n'est séropositif pour le VIH (Jauffret-Roustide, 2006a).
Une seconde enquête étude InVS-ANRS Coquelicot a été menée en 2004.
Dans cette seconde étude 1 462 usagers de drogues ont été recrutés sur cinq sites. De même un questionnaire est administré par un enquêteur à l'usager et un auto-prélèvement de sang au doigt sur buvard est réalisé par l'usager.
La séroprévalence du VIH est de 10.8%, celle du VHC de 59.8%. La prévalence du VIH est quasi nulle chez les moins de 30 ans 0.3%, mais elle atteint 17% chez les usagers de 35 à 40 ans, de même chez les plus de 40 ans.
Pour le VHC la prévalence est de 59.8%, déjà élevée chez les moins de 30 ans 28%, à 40 ans et plus elle est de 71%. 27% des usagers se déclarent séronégatifs pour le VHC à tort. Pour le VIH il y a quasi concordance entre le déclaratif et le biologique (Jauffret-Roustide, 2006b).

Pour les conduites à risques on relève que durant le mois précédent l'enquête 13% des usagers ont partagé leur seringue, 38% le petit matériel lié à l'injection (coton, cuiller, eau). 74% déclarent avoir réutilisé leur seringue, ce qui entraine forcément un risque si il y a partage du matériel, 25% des usagers ont partagé la paille. 35% disent ignorer que le partage du petit matériel est une pratique à risque pour le VHC alors que 80% savent que le partage de la seringue en est une. De même 90% d'entre eux savent que le partage de la seringue est un risque pour le VIH.
L'incarcération est un moment à risque important. Parmi les usagers incarcérés au moins une fois dans leur vie, 61%, 12% ont injecté en prison dont 30% ont partagé la seringue.

Malgré l'amélioration de l'accessibilité au matériel stérile pour l'injection à moindre risque chez les usagers, les pratiques à risques persistent, la dangerosité de certaines, comme le partage du petit matériel, sont parfois même ignorées. Certaines conditions, comme l'incarcération, favorisent les prises de risque.
Une préoccupation majeure émerge : celle de la contamination par le VHC des jeunes injecteurs qui est importante. Ils se contaminent très rapidement pour le VHC mais pas pour le VIH. Ceci résulte d'une séroprévalence élevée du VHC chez les usagers de drogue par voie intraveineuse et d'une transmissibilité plus élevée du VHC comparée à celle du VIH. Par ailleurs ce sont souvent des pairs plus âgés qui injectent les premières fois (dans 83% des cas l'initiation est réalisée par un tiers), ils peuvent ignorer leur séropositivité pour le VHC et également la transmission manu portée du VHC (après effraction sanguine lors de précédentes injections).
Ces études montrent que l'épidémie due au VIH est bien contenue chez les usagers de drogue par voie intraveineuse, que la réduction des risques a été efficace alors que beaucoup reste à faire pour celle du VHC.

Dans ce contexte, où tous les intervenants en toxicomanie éprouvent les mêmes difficultés et obstacles dans la réduction des risques pour diminuer l'impact du VHC chez les usagers de drogues, Apothicom propose, pour éviter le partage de matériel souillé, de mettre à disposition des usagers seringues et stéricups de même couleur, proposant ainsi un parcours visuel fléché couleur du matériel d'injection : « A chacun sa couleur ».
Avec cette enquête, l'hypothèse testée est la suivante : que s'appropriant ce concept, les usagers renforceront leurs connaissances et les comportements de protection vis-à-vis du VHC.

3.3.1 Contexte et problématique

Les risques liés au saignement après l'injection

L'injection intraveineuse, qui consiste en une effraction de la paroi veineuse pour y pénétrer, entraîne toujours une hémorragie locale. La règle d'hygiène est de comprimer la veine, après l'injection, pour limiter la sortie de sang du vaisseau, limiter l'hématome, et éviter la dissémination sanguine dans l'environnement. Ce dernier aspect est très important dans le contexte de l'usage de drogues, car près de la moitié des usagers sont contaminés par le virus de l'hépatite C (VHC), et le virus se dissémine de façon « manu portée » (il est sur les mains des usagers), contaminant d'autres usagers et les espaces mobiliers sur lesquels peuvent se faire de nouvelles injections contaminantes. C'est pour cette raison que l'association Apothicom avait introduit dans le stericup un tampon sec stérile qui a pour fonction d'absorber le sang lors de la compression du point d'injection. Le tampon d'alcool, également présent dans les stéribox, est réservé à une autre fonction : la désinfection de la peau AVANT l'injection pour éliminer, grâce à l'alcool, les germes responsables d'abcès et infections profondes.
Or, de nombreux intervenants de terrain nous rapportent que le tampon sec post-injection n'est que peu utilisé par les usagers. En 2007, Apothicom a mandaté le Conseil Intercommunal de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie pour réaliser une enquête multicentrique (n=72) auprès de structures de 1ère ligne sur la diffusion et l'utilisation des outils de réduction des risques qui confirment en partie ces propos. Les résultats révèlent que les usagers utilisent aussi leurs doigts ou un tampon alcoolisé après l'injection. Le tampon alcoolisé, notamment, ne permet pas d'arrêter correctement le saignement, favorise la formation d'hématomes et retarde la cicatrisation.
Par ailleurs, certains professionnels de terrain ne connaissent pas suffisamment les intérêts de l'utilisation d'un tampon sec pour comprimer le point d'injection ce qui pourrait expliquer sa sous-utilisation.

…tilisation du matériel

…tes révèlent que les pratiques de partage et de …urent malgré le développement de dispositifs variés de mise à disposition de matériels stériles et la diffusion de messages de prévention (Etude Coquelicot, enquête PRELUD de l'OFDT, enquête du CILDT). Ces pratiques sont à l'origine de nombreuses contaminations alors qu'elles pourraient être évitées.
Par exemple, selon des enquêtes déclaratives, la réutilisation est en moyenne de 2 par seringue. Mais ces enquêtes sont déclaratives, et la réponse se rapproche de ce que souhaite entendre l'enquêteur : l'aveu de la réutilisation est très largement sous-estimé – Preuve en est que lorsque l'on met à disposition du matériel stérile gratuit et pharmacie (accès géographique et accès financier facilité), le taux de réutilisation est en quelques jours divisé par quatre (Perpignan 2001, Ivry-sur-Seine 2004).
Certes, la pratique de partage de la seringue est jugée très négativement par les usagers, mais c'est sans compter sur les situations accidentelles de partage.
Certaines situations favorisent la confusion : ambiance festive, présence d'une grande quantité de matériels entraînant des confusions sur leurs propriétaires lors des injections en groupe, contexte de consommation intensive. L'effet physiologique de la substance (perte de vigilance par exemple) a aussi une influence sur les pratiques, notamment lors de la consommation de stimulants comme la cocaïne.
Parfois aussi, la cachette de matériel est utilisée par plusieurs usagers.
Les situations où les choix se réduisent sont également à l'origine de prise de risques qui s'opposent souvent aux normes que la personne suit habituellement. Le partage répond alors souvent à des impératifs très pragmatiques : manque d'argent, manque de seringues, présence inattendue de produit, symptômes de sevrage qui contraignent l'usager à réaliser son injection au plus vite sans les précautions nécessaires, injections gratuites, mise à disposition d'un lieu pour injecter (appartement) ou de matériel, aide pour l'injection, etc. Or, malgré la rareté de ces situations et du fait de la forte transmissibilité du VHC, ces pratiques sont à très haut risque de contamination.
Conscients du risque de réutilisation, mais voulant limiter ce risque à eux seuls, certains usagers développent des astuces afin de mieux identifier leur matériel, afin que, si le matériel est réutilisé, il ne le soit qu'à titre strictement personnel.

3.3.2 Hypothèses de départ

- Le tampon sec post-injection n'est pas ou peu utilisé par les usagers, par méconnaissance de son intérêt
- Les usagers se retrouvent parfois dans des situations de confusion concernant l'utilisation de leur matériel lorsqu'ils injectent en présence de plusieurs usagers.
- Certains usagers utilisent des trucs et astuces pour différencier leur matériel d'injection.

t-ils les intérêts de l'utilisation du tampon sec post-injection ?
- Le tampon sec est-il adapté aux pratiques des usagers ?
- Les usagers souhaitent-ils différencier leur matériel d'injection ?
- Les usagers adopteraient-ils du matériel d'injection de couleur ?

3.3.4 Objectifs de l'enquête

- Évaluer l'impact de l'utilisation du tampon sec post-injection
- Évaluer la pertinence de la mise à disposition de stéricup et seringues de couleur

3.3.5 Méthode

Étude quantitative et qualitative

L'enquête comporte des questions fermées permettant d'assurer une évaluation quantitative afin de définir le profil des usagers rencontrés, de déterminer certaines de leurs pratiques liées à l'injection et de mesurer la connaissance des risques liés à la non utilisation d'un tampon sec post injection. Par ailleurs, l'entretien réalisé dans le cadre de cette enquête comporte un certain nombre de questions ouvertes permettant de recueillir notamment les témoignages des usagers sur les pratiques leur permettant de différencier leur matériel (des items fermés sont trop difficilement envisageables avant les entretiens) ainsi que leurs réactions et leurs avis sur les nouveaux matériels proposés.

Profil des personnes

L'enquête est uniquement réalisée auprès d'usagers rencontrés dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD).

Nombre de personnes à inclure

L'inclusion d'un grand nombre d'usagers ne paraît pas nécessaire puisque aucune comparaison entre différents groupes d'usagers n'est envisagée. Trente à 50 usagers doivent être inclus.

Modalités d'échantillonnage

Pour assurer la meilleure représentativité possible des usagers des CAARUD, l'enquête a lieu au sein de différents CAARUD. Au sein même d'un CAARUD, les usagers sont rencontrés sur des horaires variés et, éventuellement, sur différents terrains selon les modalités d'intervention développées par le CAARUD (lieu fixe ou programme mobile). Il s'agit de réduire, autant que faire se peut, les biais d'inclusion pouvant être liés à un horaire, à la présence d'une équipe particulière ou à une modalité d'intervention (les usagers venant jusqu'aux locaux du CAARUD ne sont pas forcément les mêmes que ceux rencontrés sur les programmes mobiles, de même que les usagers rencontrés

…nent les mêmes que ceux rencontrés en soirée, … s de 3 CAARUD d'Ile-de-France et de 2 CAARUD en province. Les CAARUD d'Ile-de-France retenus ont des terrains d'intervention variés afin de favoriser une plus grande diversification des usagers interrogés (Paris versus grande banlieue par exemple) :

- CAARUD 77 sud à Melun (lieu fixe et équipe itinérante)
- Association Gaïa Paris, Programme de proximité en milieu urbain et Bus Méthadone (lieu fixe et unités mobiles)
- Association Charonne à Paris (lieu fixe et unité mobile)
- AIDES 34 à Béziers (lieu fixe)
- ASOCODE à Perpignan (lieu fixe)

Sur un horaire et un terrain d'intervention déterminés, l'enquêteur a veillé à proposer l'enquête aux usagers de manières impartiale et systématique.

3.3.6 Résultats

Modalités d'intervention

L'enquête a été réalisée sur une période de 2 mois, entre le 18 mars 2008 et le 19 mai 2008, au sein de 5 CAARUD. Deux enquêteurs ont participé à la passation des questionnaires (cf. Annexe n°3):

- Marie Debrus, Docteur en pharmacie, chargée de projet à l'association Apothicom qui a interrogé les usagers au sein des 3 CAARUD d'Ile-de-France et d'un CAARUD à Béziers.
- Isabelle Lang, éducatrice spécialisée du CARRUD géré par l'association ASCODE à Perpignan. L'équipe de ce CAARUD travaille depuis plusieurs années en collaboration étroite avec Apothicom et participe régulièrement aux enquêtes menées par l'association. L'équipe d'ASCODE a donc réalisé elle-même les entretiens au sein de leur CAARUD.

Chaque CAARUD comporte des spécificités de terrain :

- CAARUD 77 sud à Melun
  Les entretiens ont eu lieu uniquement sur des après-midi, entre 14h et 17h30. Deux usagers ont été rencontrés sur le lieu d'accueil à Melun, un à son domicile, un autre sur un parking près du foyer où il vit.
- Association Gaïa Paris
  Tous les usagers ont été rencontrés sur les unités mobiles, programme de proximité en milieu urbain (PPMU) et Bus Méthadone, lors de tournées en journée, en soirée, dans la semaine et durant le week-end. Les permanences ont été effectuées sur les sites de Château Rouge en journée et devant l'hôpital de Lariboisière en soirée pour le PPMU et Gare de l'Est, La Chapelle et Cours de Vincennes pour le Bus Méthadone, en journée.
- Association Charonne à Paris
  Tous les usagers ont été rencontrés à la boutique située rue Philippe de Girard dans le 18ème. Aucun usager n'a accepté de répondre à l'enquête lors d'une tournée effectuée de nuit. L'équipe s'est arrêtée sur différents sites, principalement dans le 18ème arrondissement : squatt de la Porte de la

…rs du nord parisien, le long du Parc Eole, sur le …'hôpital de Lariboisière. Tout comme sur le lieu …contrés étaient principalement des fumeurs de crack, certains pratiquants également l'injection. La plupart se sont excusés en affirmant être trop pressés pour répondre à une enquête.

- AIDES 34 à Béziers
  Tous les usagers ont été rencontrés sur le lieu d'accueil du CAARUD durant deux après-midi, entre 14h et 17h30.
- ASOCODE à Perpignan
  Tous les usagers ont été rencontrés sur le lieu d'accueil, lors des permanences, entre 14h et 17h30. Les usagers étaient reçus à l'étage pour s'assurer d'une plus grande confidentialité.

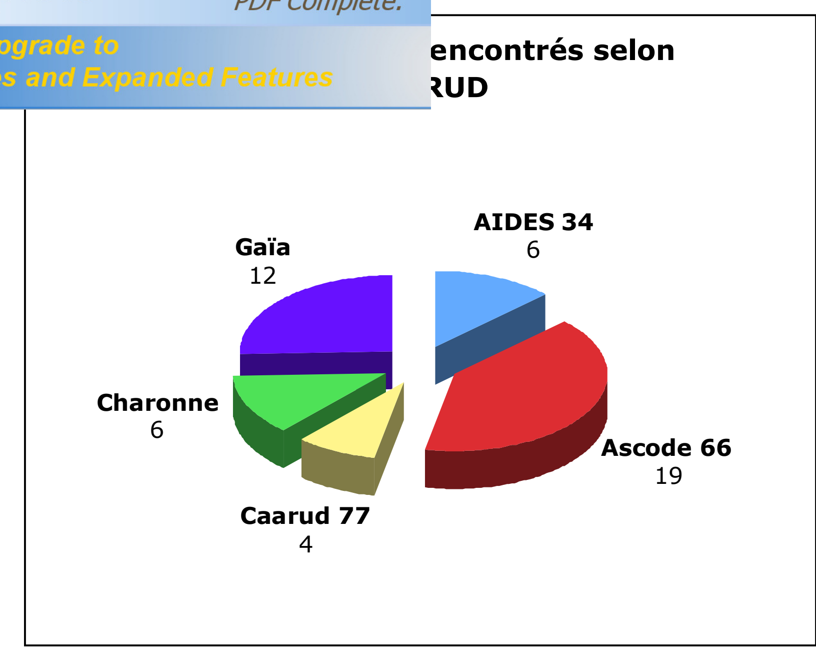
Profil des usagers rencontrés

Quarante-sept usagers ont accepté de répondre à l'enquête.
Chaque usager rencontré a été codifié de la façon suivante : Sexe – Âge (Années d'injection) fréquence d'injection
La précision sur la fréquence d'injection a été notée de la manière suivante :

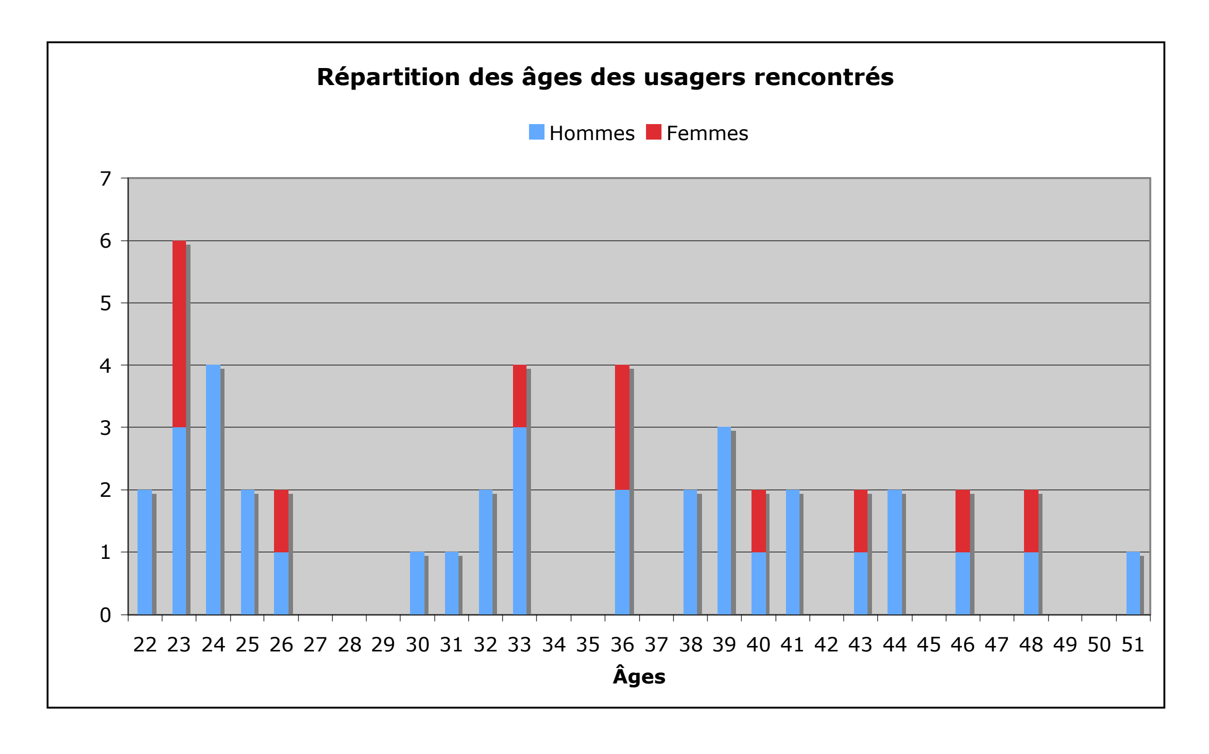
- Occ : pratique occasionnelle (moins d'une fois par mois)
- Reg : pratique régulière (entre une fois à plusieurs fois par mois)
- Fre : pratique fréquente (une à plusieurs fois par semaine mais pas quotidienne)
- Quo : pratique quotidienne

Exemple : M32(8)fre, est un homme de 32 ans, injecteur depuis 8 ans, qui injecte de manière fréquente
Tout propos relaté dans ce rapport d'enquête est rattaché à un code du type présenté ci-dessus.

La plupart des usagers qui ont refusé de répondre ont été rencontrés sur les unités mobiles, notamment à Paris lors des permanences des CAARUD Charonne et Gaïa Paris. Ces usagers viennent souvent chercher du matériel juste avant une consommation imminente. Ils se montrent donc peu disponibles, pressés de consommer et méfiants quant à la pression policière importante, présente sur le terrain. Ils ne souhaitent pas s'attarder sur un dispositif de réduction des risquesne voulant pas être repérés en tant qu'usager de drogues au risque de se faire contrôler davantage.



Les données recueillies qui permettent de définir le profil des usagers rencontrés révèlent une grande variété de profil. La répartition des âges est relativement large et équilibrée, tout comme la durée de la pratique d'injection.



Onze femmes et 36 hommes ont accepté de répondre à l'enquête, soit un sexe ratio de 1/3.

Moyenne d'âge : 34 ans (de 22 à 51 ans)
Âge médian : 33 ans

ique d'injection des usagers rencontrés

Hommes Femmes

4,5 4 3,5 3 2,5 2 1,5 1 0,5 0

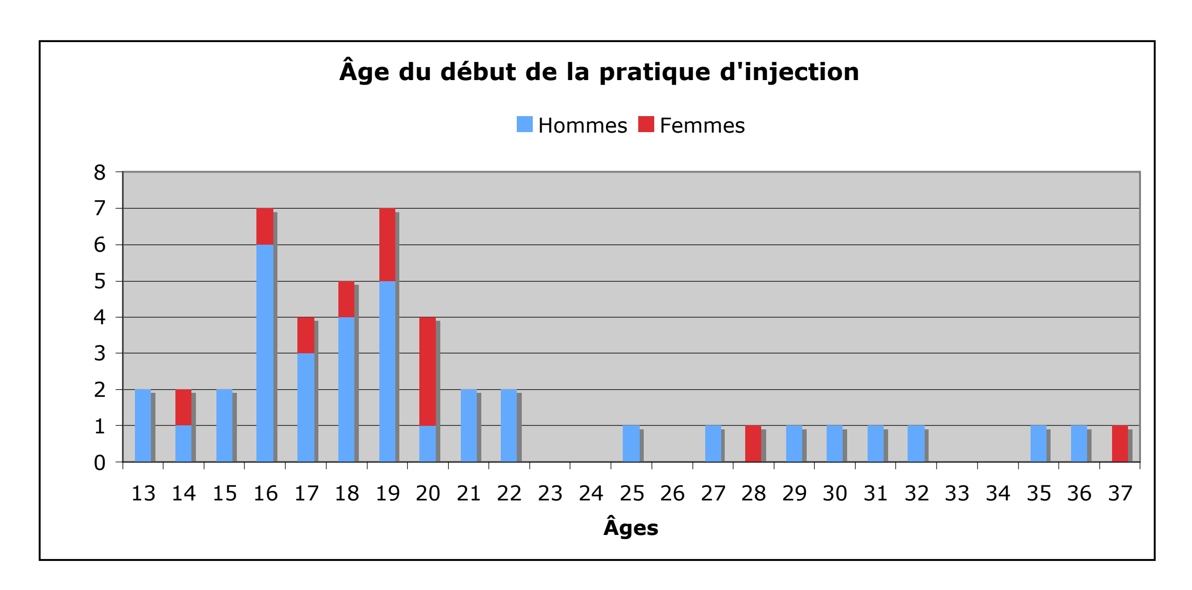
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

Durée en années

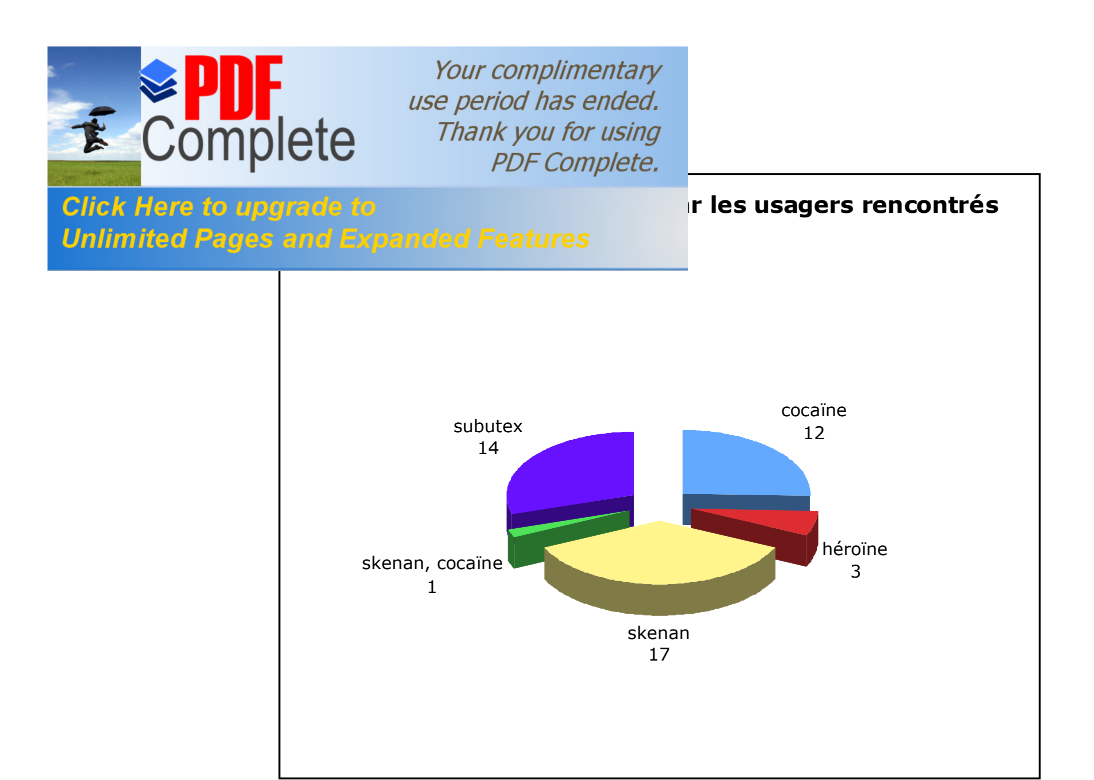
Moyenne de la durée de la pratique d'injection : 13 ans (de 1 an à 30 ans de pratique)

Lorsque l'on s'intéresse à l'âge de la première injection, on constate que la majorité des usagers a commencé la pratique d'injection très jeune. En effet, plus de la moitié des usagers rencontrés ont réalisé leur première injection à 19 ans ou moins, certains étant à peine adolescent.

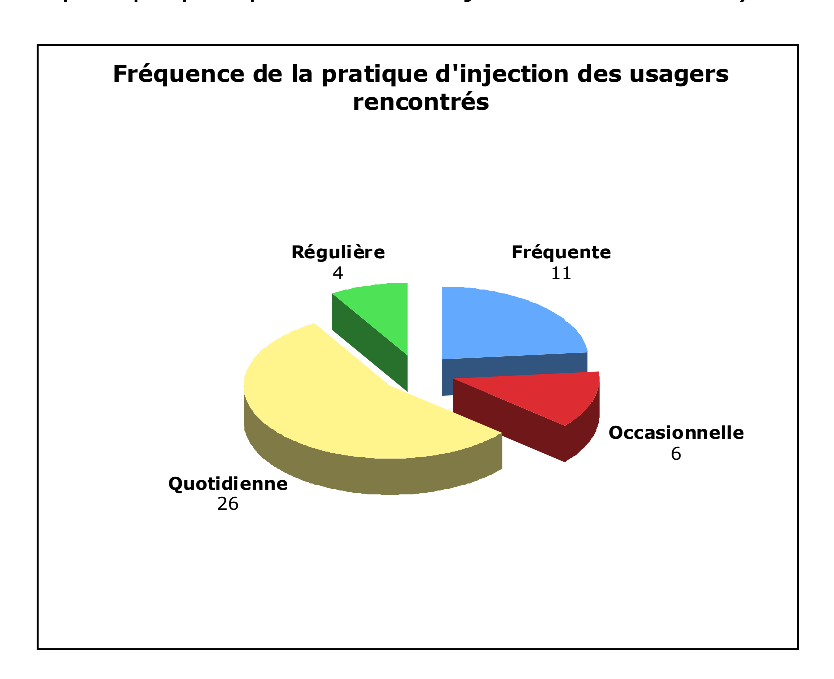
Moyenne de l'âge où la première injection a été réalisée : 20 ans (de 13 à 37 ans)



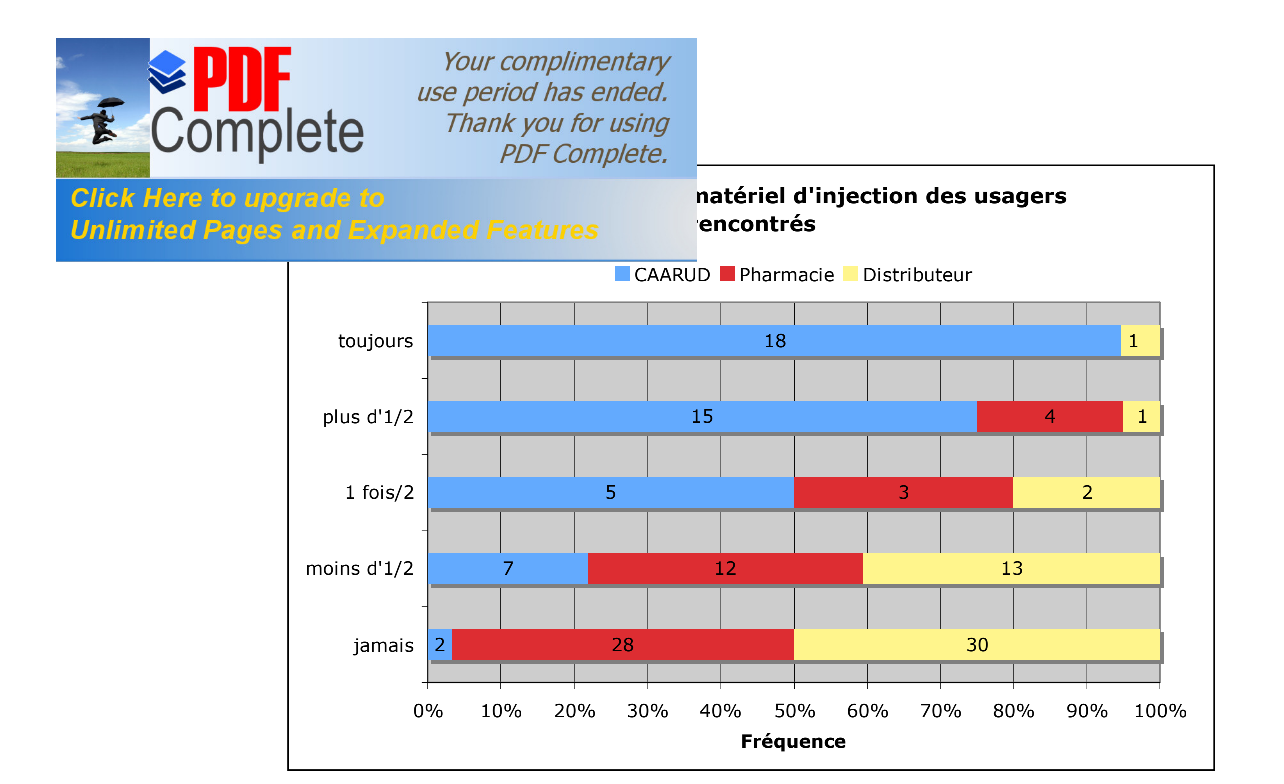
Le principal produit injecté par les usagers rencontrés est également varié. Trois produits sont déclarés de manière quasi équivalente : skenan, subutex et cocaïne. Une usagère fumeuse quotidienne de crack a déclaré injecter de manière occasionnelle aussi bien de la cocaïne que du skenan. Seuls 3 usagers privilégient l'héroïne.



Un peu plus de la moitié des usagers rencontrés « s'injecte » de manière quotidienne. Cependant, tous les profils de consommation sont représentés (de la pratique pluriquotidienne à l'injection occasionnelle).



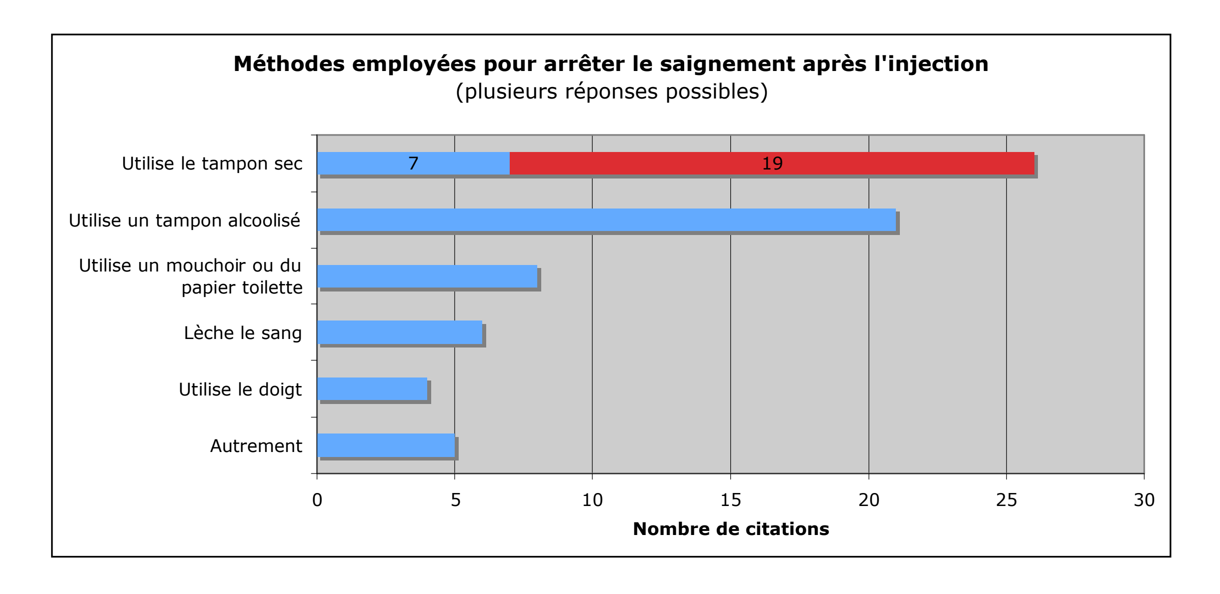
La plupart des usagers interrogés viennent chercher leur matériel au CAARUD. Les distributeurs ou la pharmacie d'officine sont parfois utilisés, principalement en cas de dépannage. Il semble donc que les usagers rencontrés en pharmacie d'officine ou ceux qui utilisent les distributeurs de manière quasi exclusive ne correspondent pas à la population des CAARUD. Des enquêtes auprès de ces usagers permettraient de savoir s'il s'agit d'usagers significativement différents de ceux majoritairement rencontrés en CAARUD.



L'arrêt du saignement après l'injection

La méthode employée

Le tampon sec est utilisé par un peu plus de la moitié des usagers, mais seuls 19 usagers n'utilisent que le tampon sec. Les sept autres qui déclarent utiliser le tampon sec ne l'utilisent pas de manière systématique (uniquement s'ils ont le temps, par exemple) ou l'associent à d'autres techniques notamment le tampon alcoolisé.



Les usagers qui utilisent plus volontiers le tampon alcoolisé le privilégient dans une volonté de nettoyer leur point d'injection. Il est à souligner que certains

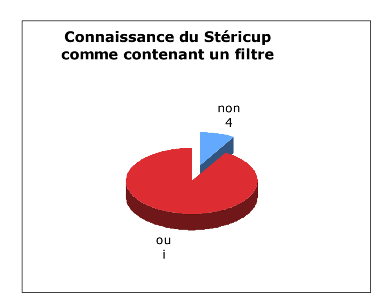


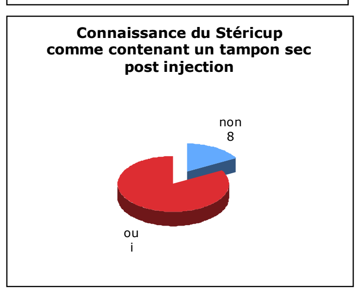
avant l'injection, mais uniquement après. Il est ter que parmi ces usagers, certains avaient tampon alcoolisé ne favorisait pas l'arrêt du saignement, bien au contraire. L'on peut s'étonner qu'ils ne modifient pas leur pratique puisque étant convaincus de l'importance de nettoyer leur point d'injection.

Enfin, on peut s'étonner du faible nombre de citations de la méthode « lèche le sang ». En effet, cette technique est décrite fréquemment par les acteurs de terrain. Il est possible que cette technique soit ici sous-estimée. En effet, certains usagers, qui ont du mal à trouver leurs veines, utilisent une première technique moins à risque. Puis de tentatives en tentatives, ils changent de comportement et finissent par lécher leur point d'injection comme un réflexe d'énervement. Leur priorité n'est alors plus d'être précautionneux sur la manière dont ils traitent le point d'injection, mais de trouver une veine, le plus rapidement possible. Cette technique ne serait alors pas déclarée par les usagers en première intention, mais comme une technique de dernier recours.

… module stéricup



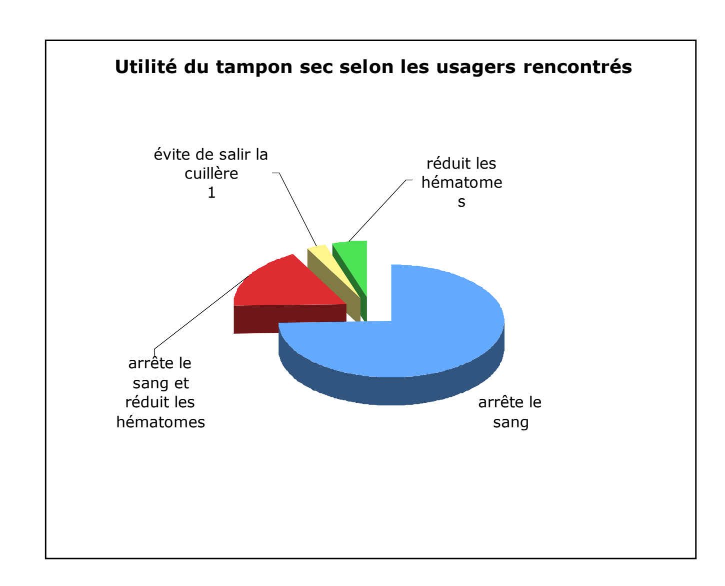




Le tampon sec post-injection est l'outil le moins connu des usagers. Parmi ceux qui ne le connaissent pas, nous pouvons différencier deux sous-groupes :

- Un premier qui comprend des usagers qui n'apprécient pas le stéricup et qui préfèrent utiliser leur propre cuillère. De fait, ils connaissent peu le contenu du module, notamment le fait qu'il contienne un tampon sec post-injection.
- Un second qui comprend des usagers qui utilisent le stéricup, mais qui n'ont jamais prêté attention à cet outil particulier, étant petit et situé au fond du module.

Connaissance de l'intérêt du tampon sec post-injection



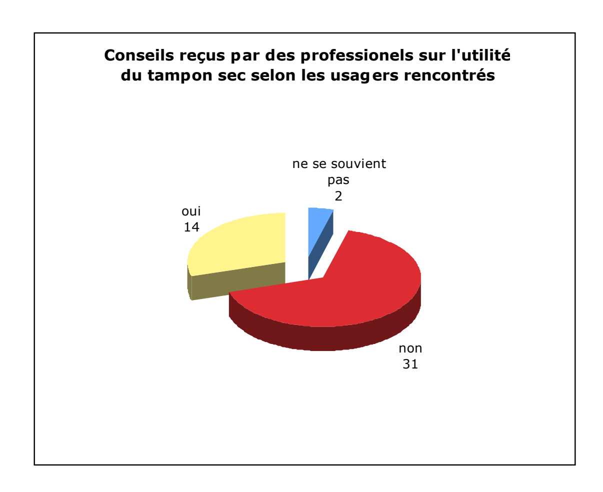
La quasi-totalité des usagers pense que le tampon sec post-injection sert à arrêter le sang. Quelques rares usagers pensent qu'il sert à protéger la cuillère

u à nettoyer une table avant d'effectuer leur
proportion d'usagers a identifié le tampon sec
permettant de réduire la formation d'hématomes. Enfin, **aucun usager n'a reconnu le tampon sec comme pouvant réduire les risques de transmission manuportée du VHC.** L'entretien réalisé au cours de l'enquête a permis d'informer les usagers de ce risque. Beaucoup en étaient surpris et n'avaient jamais entendu parler d'un tel risque bien qu'ils affirmassent connaître le VHC et ses particularités.

Avantages et inconvénients du tampon sec actuel

Parmi les usagers qui ont identifié le tampon sec comme un outil destiné à arrêter le saignement, une proportion non négligeable d'entre eux ne l'utilise pas pour autant. Certains l'utilisent uniquement s'ils n'ont pas de tampon alcoolisé sous la main, en second choix, d'autres lorsqu'ils ont le temps et lorsqu'ils se trouvent dans des conditions où ils ne sont pas sous la pression de devoir réaliser leur shoot rapidement. Ces derniers, s'ils sont trop pressés, préfèrent utiliser un mouchoir en papier ou ce qu'ils ont sous la main. D'autres enfin ne l'utilisent pas car ils le considèrent peu adapté à leurs pratiques. Ces usagers considèrent le tampon sec trop petit et trop fin. Il s'imbiberait trop rapidement du sang et il ne suffirait notamment pas lorsque les usagers rencontrent des difficultés à trouver leurs veines et ont besoin de plusieurs tentatives. En revanche, parmi ceux qui l'apprécient, certains ont remarqué qu'il se dédoublait. Ces usagers ont précisé qu'ils apprécient cette particularité car elle leur permet d'utiliser, finalement, plusieurs fois le tampon sec, et ce autant de fois qu'il se dédouble.

Information des usagers sur la pertinence du tampon sec

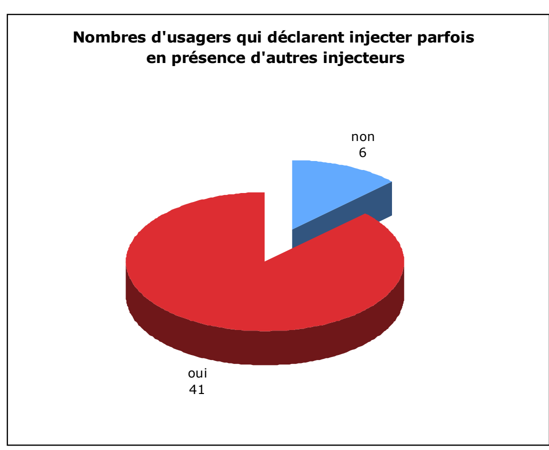


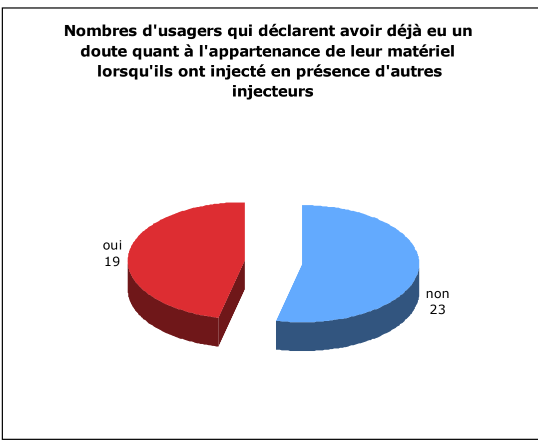
La majorité des usagers disent ne pas avoir été informés de la pertinence du tampon sec ou ne s'en souviennent pas.
Lors de discussions avec les équipes des CAARUD, celles-ci reconnaissent qu'elles axent plus volontiers leurs messages de réduction des risques sur l'intérêt d'utiliser un stéricup. Le tampon sec étant intégré au stéricup, celui-ci est bien souvent « oublié » dans l'information et lors des entretiens.

…ge accidentel et de confusion

Injections en présence d'autres injecteurs

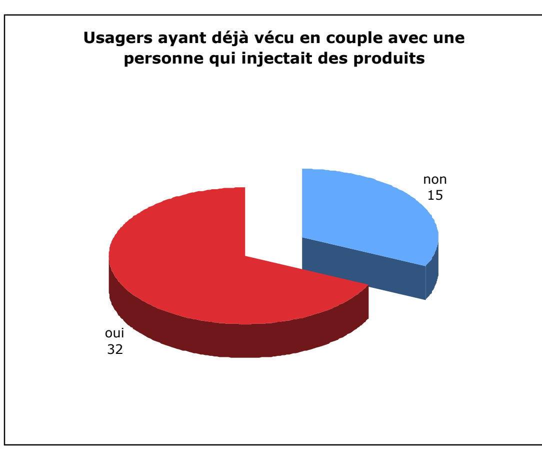
De nombreux usagers « s'injectent » en présence d'autres usagers. Ces situations sont fréquentes alors qu'elles multiplient les risques de contamination en augmentant les sources de confusion.

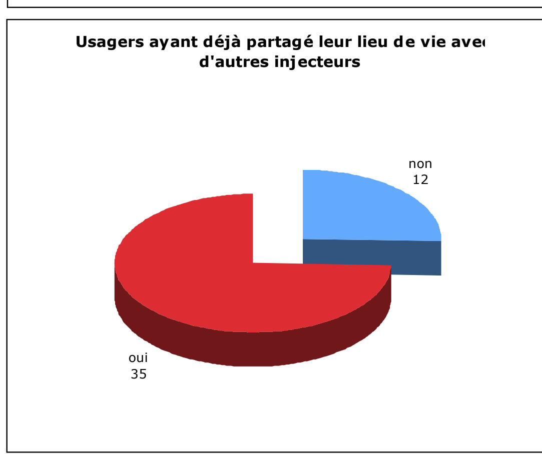




c d'autres injecteurs

éjà vécu en couple avec une personne qui a déjà partagé son lieu de vie avec d'autres injecteurs.





Pour éviter toute confusion, la plupart des usagers rangent leur matériel avec leurs affaires personnelles ou le conservent toujours sur eux. Certains nous précisent qu'ils utilisent toujours du matériel neuf.

« J'ai une boîte en fer où je range mes affaires. » M39(21)quo

« On avait chacun son placard. » M33(16)quo[*]

« On utilisait du matériel neuf. Sinon on utilisait des endroits différents pour les garder et je les rinçais avant une nouvelle utilisation. » F43(24)occ[*]

« Chacun a son sac avec son propre matériel et quand on a fini, on jette dans une poubelle commune pour être sûr de ne pas le réutiliser. » M22(3)quo

« On allait à la pharmacie, chacun prenait une pompe, si on la gardait, on la mettait de côté dans nos affaires. » M39(18)quo[*]

---

[*] Certains des propos sont relatés au passé car ces usagers ne vivent plus dans ces conditions.

atent des périodes, plutôt anciennes, où ils ne se qui était le matériel. Selon ces usagers, ayant de l'injection, ils seraient aujourd'hui plus précautionneux qu'auparavant.

« À l'époque, c'était plus hard. On achetait des vaccins ou on utilisait le matos à plusieurs. » M43(25)quo

« On s'en battait les couilles ! …. C'était y a longtemps… 25 ans. » M48(30)quo

Quelques usagers, qui vivent en couple ou avec des amis, nous ont précisé qu'ils ne différencient pas leur matériel puisqu'ils se savent tous négatifs au VIH.

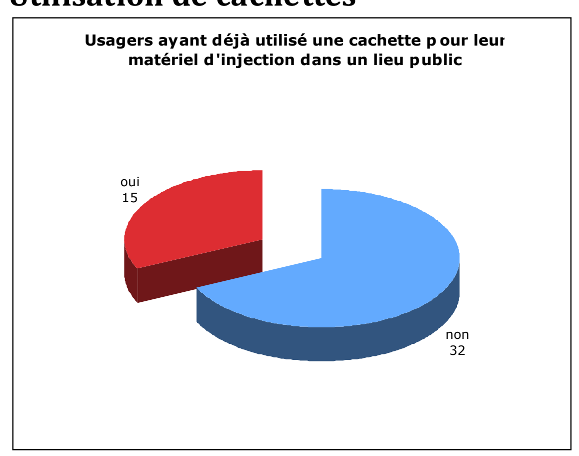
« On était négatif tous les 2. » M48(30)quo

Ces propos font référence au VIH. Le sous-entendu a été levé après une demande de confirmation par l'enquêteur. Ces usagers ne se posent pas la question pour le VHC.
D'autres mettent également en commun leur matériel puisqu'ils se savent justement séropositifs au VHC.

« On ne différenciait pas vu qu'on avait tous les 2 l'hépatite C. » M36(19)fre

Selon eux, ils n'auraient donc plus à se protéger vis-à-vis de ce virus. Ces derniers n'avaient aucune notion des risques liés à la surcontamination ou la surinfection. Il est à noter que l'attitude de ces usagers au sein de leur couple ou avec leurs amis de confiance diffère grandement des normes habituellement suivies par les usagers en règle générale. Ils se montrent ainsi bien moins précautionneux avec des personnes de confiance, bien qu'ils n'aient pas, la plupart du temps, davantage d'éléments précis ou avérés pour expliquer leur choix de manière pragmatique.

Utilisation de cachettes



L'utilisation de cachettes à l'extérieur du domicile, dans des lieux publics, concerne principalement les usagers rencontrés en Ile-de-France. Il peut s'agir de cachettes dans les cages d'escalier, les parkings ou dans des maisons non

sagers les plus précaires qui utilisent ce genre de

utilisé des caches pour leur matériel nous ont dit avoir déjà eu un doute quant à l'appartenance de leur matériel.

Les doutes sur l'appartenance du matériel

Certains usagers affirment, avec force, qu'ils n'ont jamais eu de doute et qu'ils n'ont pas de raison d'en avoir. Ils ont une confiance absolue en eux, certains, même, n'apprécient pas que l'on puisse imaginer qu'ils se trompent. Lorsque l'enquêteur demande des précisions ou des explications sur la méthode qu'ils emploient pour être sûr de ne pas se tromper, ils restent juste extrêmement catégoriques : ils savent.

« Jamais de la vie ! Personne m'a vu ! » M41(28)quo (cet usager utilisait une cachette dans une cage d'escalier)

« On sait ce qu'on fait. » M43(25)quo

« Quand tu planques, tu sais ce que t'as mis. » M36(19)fre

« Se tromper ? Impossible, je ne lâche pas la seringue des dents. Et ma cuillère, c'est MA cuillère ! » M48(30)quo

Lorsque les usagers affirmaient avoir déjà eu des doutes sur l'appartenance du matériel qu'ils envisageaient d'utiliser, il leur était demandé de préciser les conditions qui les avaient conduits à cette situation. Certains ont eu du mal à s'en souvenir, mais reconnaissaient néanmoins que cela était tout à fait possible. Il semble qu'il leur soit difficile d'analyser leurs pratiques, notamment lorsqu'ils injectent très fréquemment ou quotidiennement. La succession des injections ne laisse que peu d'espace à l'analyse des pratiques, les automatismes prennent le dessus et les usagers passent rapidement à autre chose, ces situations faisant sans doute partie de leur vie, tout simplement. A contrario, certains nous ont précisé sans hésitation que cela leur arrivait ou leur était arrivé fréquemment.

« Ça m'est arrivé une paire de fois. » M33(17)occ

Ceux-ci nous ont décrit des situations très récentes, voire jusqu'à la veille de l'entretien.

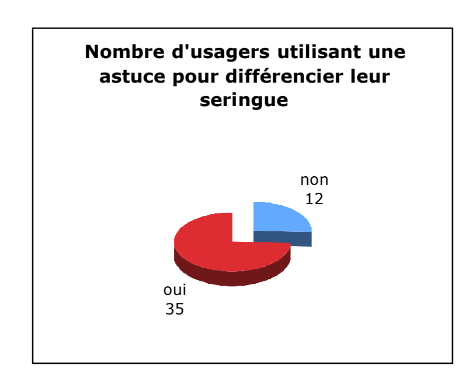
- Un usager s'est retrouvé, seulement quelques jours avant l'entretien, dans un petit appartement avec d'autres usagers. L'espace était tellement réduit, qu'il ne savait plus à qui était quoi. Ce même usager nous a relaté la visite de l'une de ses cachettes. En effet, étant à la rue, il rangeait ses affaires dans un parking. Il a déjà retrouvé ses affaires retournées. Il reconnaît que d'autres personnes pouvaient passer et utiliser la même cachette que lui. M24(8)quo
- Une usagère a récemment eu un doute sur l'utilisation de son matériel. Un autre usager présent avait préparé sa seringue sur le même espace de préparation et elle a malencontreusement utilisé cette seringue qui n'était

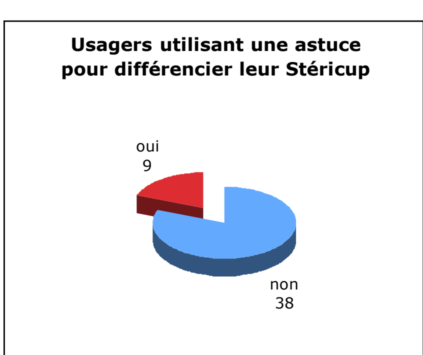
endu compte de son erreur après le shoot, car la tilisée. L'entretien a permis à cette femme de s nécessaires pour une orientation vers une Consultation de Dépistage Anonyme et Gratuit. F26(6)quo

Ceci montre bien que ces situations semblent bien moins rares qu'il n'y paraît ou que les usagers veulent bien le reconnaître ou l'admettre.
Concernant l'attitude des usagers lorsqu'un doute persiste quant à l'appartenance du matériel d'injection, nous pouvons distinguer deux sous-groupes :

- **Les usagers qui doutent et qui, de fait, utilisent du matériel neuf à chaque fois qu'un doute se présente.**
- **Les usagers qui doutent et qui utilisent malgré tout le matériel douteux**. Les plus précautionneux de ces usagers lave le matériel à l'eau de Javel. Les autres ne les rincent pas ou utilisent éventuellement de l'eau, ce qui ne réduit pas le risque de transmission virale. Soit ces usagers ne sont globalement pas attentifs aux prises de risques, soit ils se retrouvent dans une situation exceptionnelle qu'ils n'attendaient pas et se refusent de manquer une occasion de s'injecter, sous prétexte qu'ils n'auraient pas de matériel propre (présence inhabituelle de produit notamment).

Les Astuces mises en œuvre pour identifier le matériel





Les astuces permettant d'identifier plus facilement le stéricup sont beaucoup plus rares. Seuls 9 usagers nous ont décrit leurs techniques :

- Replier les bords du stéricup
- Plier le bout du stéricup en deux
- Brûler le stéricup à un endroit spécifique

Ces techniques sont utilisées notamment après utilisation du stéricup contrairement aux seringues où les astuces sont aussi et notamment utilisées lors d'une consommation en présence d'autres usagers, en particulier lorsqu'ils partagent leur produit, qu'ils conservent ou non leur seringue après utilisation.
Parmi ceux qui affirment ne pas avoir d'astuce pour identifier leur stéricup, nous pouvons identifier deux sous-groupe : d'une part les usagers qui utilisent leur propre cuillère (cuillère à soupe notamment) et qui de fait reconnaissent

...usagers qui ne voient pas l'intérêt d'identifier leur ...a différenciation de la seringue reste importante ...ations virales. De nouveau, ce choix révèle une confusion entre les modes de contamination du VIH et ceux du VHC et ce bien qu'ils sachent ou disent savoir que le VHC se transmet plus facilement que le VIH.

L'avis des usagers sur la mise à disposition de matériel de couleur

Que ce soit pour les seringues ou pour les stéricup de couleur, les usagers ont globalement un avis très favorable. Seuls 3 usagers ont affirmé ne pas être intéressés par la mise à disposition de ce nouveau matériel, que ce soient les seringues ou les stéricup de couleur.
Les seringues sont davantage plébiscitées car les usagers y voient un réel intérêt de réduire les risques de partage accidentel. Ils relèvent moins le risque de confusion concernant la cuillère, sous-estimant les risques liés au partage de cuillère.

« Mais moi j'utilise la même cuillère avec tous mes collègues quand j'injecte. » M31(16)reg

« Le risque, il est dans l'aiguille ! » M38(6)quo

Ces usagers ne comprenaient pas pourquoi nous proposions des cuillères de couleurs. Le second (M38(6)quo) a pourtant eu l'hépatite C et a reçu un traitement durant 14 mois, 1 an et demi à 2 ans auparavant. Nous aurions pu penser qu'il serait davantage sensibilisé aux risques de transmission du VHC. Après une explication de la part de l'enquêteur, il a reconnu l'intérêt d'avoir à disposition des seringues ET des cuillères de couleurs.

L'intérêt de la couleur réside également dans son côté « fun » et sympathique. Cette dernière fonction, que ce soit pour les seringues ou pour les cuillères, ne doit pas être sous-estimée, ni négligée. Presque tous les usagers ont apprécié l'idée d'avoir du matériel de couleur. Certains y voient une forme de reconnaissance. Ils sont pris en compte et on leur porte de l'attention.

Néanmoins, nous pouvons distinguer deux sous-groupes d'usagers différents :

- Ceux qui y voient un intérêt immédiat pour leurs propres pratiques.

« C'est bien, chacun sa seringue, c'est une bonne innovation ! » F43(24)occ

« La couleur, ça évite les problèmes, les confusions. Surtout nous, qu'avons la mémoire pas très bien. » M46(21)occ

« Pour les couleurs, ça c'est pas mal, ça évite de faire des erreurs, puis c'est fun et joli. » M41(12)quo

À propos des seringues : « C'est quoi ce truc?! T'en as d'autres de couleurs ? C'est excellent ! Oui, j'en veux ! », comme à propos des stéricup : « Ah oui, excellent ! J'adore ces couleurs ! » M22(9)quo

...rtout pour ceux qui sont dans la rue. »

« C'est bien ça. Je préfère, t'es sûr de reconnaître le tien, chacun a son truc. En plus c'est rigolo, c'est une bonne idée. » M39(21)quo

- Ceux qui déclarent que cela ne les concerne pas ou qui sont plus sceptiques quant à la volonté des usagers de vouloir différencier leur matériel, mais qui considèrent néanmoins que ces nouveautés sont intéressantes pour le côté « fun », pour le dialogue qu'elles peuvent favoriser et faciliter ou pertinentes pour les autres, notamment les plus jeunes.

« Ils veulent vraiment partager tout, y compris le matos. Ils s'en foutent des hépatites. Ça peut être comme un vecteur pour discuter de ça mais faut pas prendre les gens pour des cons. Ce n'est pas des pictogrammes qui font changer les comportements ! » M33(17)occ

« Quand t'as ton produit, la confusion, tu t'en fous. J'avais toujours conscience de prendre le moins de risque. Beaucoup de potes, même si c'est à plusieurs, de A à Z, on a nos trucs. Cette histoire, c'est pas con. Je me mets à la place des plus jeunes que moi, y a pas photos. Les jeunes sont 3-4, là sont tranquilles, ça devient des automatismes, ça t'aide. » M43(25)quo

Certains usagers n'ont pas manqué de nous faire des suggestions, notamment en ce qui concerne les fioles d'eau pour préparation injectable :

Une usagère ne manque pas de nous préciser qu'elle préfère avoir différentes couleurs qu'une seule car il lui arrive de dépanner parfois des usagers quand ils s'injectent à plusieurs. Il s'agit d'une femme qui injecte de la cocaïne ou du skenan de manière occasionnelle. F43(24)occ

« Y devrait mettre 2 pompes de couleur différentes dans les stéribox. » M23(7)fre

« Pourquoi pas des bouteilles de couleur ? » M24(8)quo

« Pour les couleurs, c'est pas con! Très intelligent ! … C'est plus simple, fallait y penser. Par contre: y a pas d'eau en couleur? » M39(23)quo

« Pourquoi ne pas mettre les fioles d'eau aussi de couleur car souvent on les partage sans le savoir. » M25(4)quo

« C'est super ! … Les embouts ce serait bien de les faire en couleur. » M36(19)fre

« Pour la couleur, c'est super bien, y auraient dû y penser avant, ils en ont eu besoin à 20 ans. Il faudrait faire les 2 cc. » M39(18)quo

« Pour la couleur, mais vous faites que des 1cc ? C'est con à dire, mais ça m'intéresse pas. Si c'étaient des 2 cc, ce serait mieux. On saurait que le rouge, c'est P, le vert, c'est C (…) Pourquoi vous faites pas les bombonnes

…it pas con. Là au moins ce serait utile. »

« Excellent ! Ça fait plus jouet et ça choquera moins les gens. Je suis convaincu que ça peut révolutionner la shoot attitude! Ça serait possible de faire des garrots de couleur aussi ? » M22(3)quo

3.3.7 Discussion

Les entretiens qui ont été menés lors de l'enquête Apothicom de juin 2008 permettent de mieux comprendre les pratiques des usagers et d'éclairer leurs réponses exposées dans la partie précédente.

Les terrains d'intervention des CAARUD sont particulièrement différents, ce qui a permis de rencontrer une variété de profils d'usagers de drogues injecteurs : des usagers de crack du 18ème qui injectent occasionnellement du skenan ou de la cocaïne, des injecteurs quotidiens de skenan ou de subutex, des usagers sous traitement de substitution qui continuent d'injecter occasionnellement d'autres produits, des usagers insérés qui n'injectent que dans le cadre de leur appartement dans des conditions très strictes, des injecteurs davantage en errance entre la rue et des squats, etc.

L'arrêt du saignement après l'injection

Ce travail permet de clairement mettre en évidence la sous utilisation du tampon sec post-injection. Celui-ci n'est sans doute pas utilisé car les usagers n'en voient pas suffisamment l'intérêt, en particulier dans le cadre de la prévention du VHC. C'est un outil qui n'est pas assez promu par les professionnels. Ceci peut s'expliquer notamment par le conditionnement actuellement en place. Le tampon sec est « oublié », au fond du module stéricup. Ce dernier est souvent proposé lorsqu'un usager demande du matériel. Les intervenants proposent des stéricup, comme ils proposent des seringues, des tampons alcoolisés ou des stérifilt. Les tampons secs ne sont pas proposés de manière individualisée et passent en dernier plan. Proposer un tampon sec individualisé permettrait de rappeler l'importance de toujours utiliser un tampon sec, y compris lorsqu'un point d'injection n'a pas permis de trouver une veine. Cela pourrait aussi réduire la présence de sang sur les mains des injecteurs, réduisant les risques de transmission du VHC par manuportage.

Les situations de partage et de confusion

L'enquête confirme que les situations de partage et surtout de confusion restent fréquentes et sont sans doute sous-estimées par les usagers eux-mêmes. Une majorité des usagers rencontrés injectent en présence d'autres injecteurs. Les situations de mise en commun de matériel et de confusion de ce dernier se multiplient rapidement. Les usagers peuvent ainsi ne plus en avoir réellement conscience. Par ailleurs, même en étant attentif, il est souvent difficile de reconnaître une seringue d'une autre seringue, tout comme le reste du matériel. Une attention accrue et permanente est donc nécessaire dès que plusieurs usagers injectent au même moment. C'est aussi sans compter sur les

et amis de confiance. Le terme de partage se ien plus complexe qu'il n'y paraît, qui englobe sens selon les circonstances et les acteurs. Les contextes de vulnérabilités semblent se constituer plutôt au carrefour de plusieurs facteurs d'ordre individuel et social.

- Première injection
- Rechute dans la consommation
- Périodes de consommation intensive
- Injection dans la rue ou dans des lieux publics
- Échange de services, notamment mise à disposition d'un espace pour s'injecter avec nécessité de se soumettre aux règles locales
- Enjeux de pouvoir entre partenaires d'injection, en particulier entre partenaires sexuels

Ce sont autant de situations à haut risque de transmission où la personne ne suit pas les normes qu'elle suit habituellement ou au cours desquelles elle relâche sa vigilance. Or, le VHC étant un virus au fort pouvoir de contamination, une seule pratique à risque suffit pour se contaminer. Un nombre non négligeable d'usagers rencontrés dans le cadre de l'enquête vivent ou ont déjà vécu en couple ou avec des amis dits de confiance.

La méconnaissance du VHC et de ses modes de transmission

Cette enquête renforce l'idée qu'il existe encore une réelle méconnaissance du VHC et de ses modes de transmission.
Ce n'est pas tant que les risques soient ignorés, ils sont surtout mal compris. Les informations communiquées sur le VHC sont importantes et vastes, mais restent confuses et incertaines. De plus, elles sont rarement mises en application ou déclinées par rapport aux pratiques personnelles de l'usager. Or, il se dégage des entretiens, que cette approche semble nécessaire, voire indispensable à la bonne intégration des informations afin d'avoir un impact et d'espérer modifier les comportements de prévention des usagers. Il s'agit donc de privilégier une approche pédagogique avec illustration concrète et mise en pratique appuyée des conseils de réduction des risques.
La mise à disposition de matériel de couleur apparaît d'autant plus utile dans les conditions que nous venons d'évoquer. Cela permettrait de rappeler les précautions à prendre lorsque les usagers « s'injectent » à plusieurs, dans des situations exceptionnelles ou en cas de distribution secondaire de matériel auprès de ceux qui ne viennent pas dans les CAARUD et ne rencontrent que très rarement des professionnels de la réduction des risques.

Enfin, il est important de souligner que quel que soit le profil d'usager rencontré, nous constatons les mêmes méconnaissances vis-à-vis de l'hépatite C (risques liés au manu portage, nombreuses confusions sur les modalités de contamination du VHC avec le VIH, sous-estimation de l'importance du rôle des cuillères dans la transmission, etc.), les mêmes types d'erreur et de confusion entraînant des prises de risques qui pourraient être évitées. Il sera, néanmoins, sans doute plus facile de modifier les pratiques des injecteurs encore récents (ceux qui débutent l'injection) que celles des injecteurs de longues dates qui ne

changer leurs habitudes considérant, souvent à
n ».

Les limites de l'étude

Les usagers rencontrés ne sont pas représentatifs de la totalité des usagers qui utilisent le matériel d'injection. D'une part, nous ne pouvons être sûrs de la représentativité des usagers des CAARUD. Certains refusent de répondre aux enquêtes, notamment ceux qui sont rencontrés lors de permanences mobiles ou dans la rue. Ces usagers sont probablement différents des usagers qui acceptent de répondre ou de ceux rencontrés en lieu fixe. Par ailleurs, en nous attachant uniquement à travailler au sein de CAARUD, nous manquons inévitablement des populations dites cachées, qui obtiennent leur matériel uniquement auprès des pharmaciens, à partir de distributeurs, des amis ou des connaissances (distribution secondaire). Or, on peut s'interroger sur les consommations de ces usagers, leurs prises de risques et leurs moyens de les réduire : quel est leur niveau de connaissance ? Celui-ci est-il moins élevé que les usagers qui acceptent de venir en CAARUD ? Combien d'usagers cela représente-t-il ? Comment obtiennent-ils de l'information ? Quels liens entretiennent-ils avec les usagers rencontrés au cours de l'étude qui restent plus facilement accessibles ?

Il est également possible qu'un biais se soit introduit du fait de la présence de deux enquêteurs différents, dont l'un travaillant sur la structure même du terrain de l'enquête.

Enfin, ce travail repose sur le déclaratif des usagers. Comme nous l'avons évoqué précédemment dans ce rapport, les usagers rencontrent des difficultés à analyser leurs pratiques, à décrire les procédés et méthodes qu'ils suivent ou à prendre conscience de leurs habitudes devenues de réels réflexes et automatismes. Des observations seraient intéressantes pour compléter et approfondir ce travail.

3.4.1 La prévalence du VHC chez les usagers de drogue par voie intraveineuse aujourd'hui à l'étranger

Les politiques de réduction des risques auprès des usagers de drogue par voie intraveineuse sont apparues en Amérique du Nord comme en Europe de l'Ouest, pour faire face à l'épidémie de contaminations par le VIH à la fin des années 80 ; ces politiques ont rapidement été efficaces et ont montré, en quelques années, une diminution du nombre de nouvelles contaminations par le VIH.
Quel que soient les pays, deux grands types de programmes ont été mis en place : des programmes d'échange de seringues, et l'inclusion des usagers dans des programmes de traitement de maintenance, le plus souvent par méthadone, mais aussi par buprénorphine haut dosage.
L'objectif de ces politiques de réduction des méfaits était de diminuer les risques de contamination infectieuse, soit en aidant les usagers à cesser leur pratique de l'injection (grâce aux traitements de maintenance), soit en leur offrant des moyens « sécurisés » de s'injecter.

Pourtant, pratiquement vingt ans après la mise en place des premiers programmes de réduction des risques, à la lecture de la littérature sur la séroprévalence du VHC chez les toxicomanes à l'étranger, notamment en Europe, comme en France, on ne peut que constater que le taux de contaminations par le VHC reste à un niveau élevé et que les politiques de réduction des risques ont du mal à avoir un impact sur la séroprévalence du VHC dans la population des usagers.
En effet, on constate, que ce taux reste élevé, supérieur à 70% au Canada, en Hollande, en Allemagne, alors qu'Il oscille entre 50% et 70% en Australie, et qu'il reste le plus faible en Grande-Bretagne (63%). (Ogborne, 2001). En France, en 2004, le taux de prévalence du VHC chez les usagers de drogue par voie intraveineuse serait de l'ordre de 56% (InVS, 2007).
Ces résultats cachent de grandes disparités entre les pays ; ainsi, en 2001, la prévalence de contamination par le VHC chez les usagers de drogue par voie intraveineuse en Europe de l'Ouest variait de 37 à 98% (Mathei, 2002).

Quelques chiffres de séroprévalence du VHC chez les usagers de drogue par voie intraveineuse en Europe.
La revue « EMCDDA Monographs » a publié en décembre 2004 une étude sur l'impact, le coût et les choix politiques concernant l'épidémie d'hépatite C liée à l'usage de drogues par voie intraveineuse. On y trouve les premières données européennes sur les tendances épidémiologiques de l'hépatite C parmi les usagers de drogues injectables. (Craver, 2004) :

En Allemagne: 66.6%-91.2%
En Espagne : 66%-83.2%
En France : 53.2%-80.1%

0.9%-56.4%
.3%

On peut voir à la lumière de ces chiffres que la Grande-Bretagne est le pays qui contient le mieux l'épidémie de VHC. Or on sait que l'achat et la possession d'aiguille et de seringues n'ont jamais été interdits en Grande Bretagne. Les premiers essais de distribution et d'échange d'aiguilles et de seringues gérés par les organismes sociaux et sanitaires ont commencé dès 1987. Si l'on compare à la France, où malgré l'institutionnalisation de la vente libre des seringues en pharmacie en 1987, la mise en place de la réduction des risques avec distribution et échange de seringues date de 1994, on peut dire qu'un retard certain a été pris, dans cette voie, par celle-ci.

Le problème tient au fait que le VHC est un agent très contagieux — dix fois plus que le VIH. Le contact direct avec du sang contaminé est la principale source d'infection. Même une exposition minime peut être contaminante.
Le partage des aiguilles et des seringues, ainsi que le manque d'hygiène pendant l'injection, exposent les usagers de drogues par injection à un risque grave de contamination au VHC.
Les usagers de drogues par injection peuvent courir un risque alors même qu'ils pensent avoir pris toutes les mesures de protection nécessaires, le contenu des messages de prévention du sida dont ils ont pris connaissance pouvant être insuffisant pour empêcher la transmission du VHC.

Le meilleur moyen de diminuer le risque de transmission du VHC serait de réduire le nombre d'injections.
Pour les personnes persistant à s'injecter, une bonne hygiène et le respect de consignes visant à réduire les dangers peuvent également permettre de diminuer le risque de transmission du virus.
Il reste cependant prouvé que la fourniture de matériel stérile et l'élimination sécurisée des aiguilles et des seringues contaminées à l'occasion de programmes d'échanges de seringues peuvent réduire le risque d'infection par le VHC.

Certains auteurs proposent un modèle de réduction de méfaits spécifique du VHC, qui inclurait : des sérologies VHC régulières ; une évaluation clinique régulière afin de mieux déterminer les critères justifiant de l'initiation d'un traitement pour le VHC ; l'utilisation de critères d'inclusion de traitement plus larges ; et la flexibilité dans les dosages des traitements de maintenance aux opiacés (Hallinan, 2007).

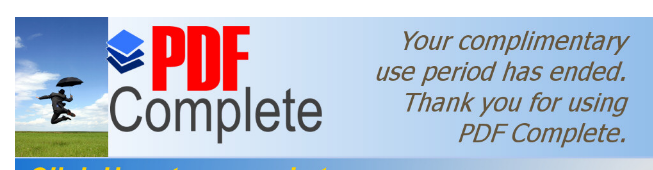
ope

L'exemple Anglais :

En Grande-Bretagne la stratégie d'accès au matériel stérile est la gratuité et la proximité : 15 à 20% des pharmacies participent à des programmes d'échanges de seringues. En plus de donner de l'éducation et des conseils, les PES distribuent également du petit matériel, des condoms. Il y a plus de 2 000 centres d'échanges qui distribuent 27 millions de seringues par an pour 80 à 140 000 injecteurs. Le nombre de seringues distribuées a quadruplé en 15 ans et plus de 90% des autorités sanitaires locales ont un service d'échange de seringues (Ogborne, 2001).
(Source : http://ar2001.emcdda.europa.eu/fr/figures-boxes-tables/table7ol.html)

Aux Pays-Bas : l'exemple de la cohorte d'Amsterdam.
En Hollande différents programmes de réduction des risques ont été mis en œuvre depuis la fin des années 70.
Les consommateurs d'opiacés à Amsterdam sont estimés à 3500-4000. Une équipe de chercheurs a travaillé sur les données d'études d'une cohorte réalisée à Amsterdam, commencée en 1985, qui s'est fixée pour objectif d'évaluer l'impact des programmes de réduction des risques sur les contaminations par le VIH et le VHC chez les usagers de drogues par voie intra veineuse.
Les usagers ont été classé en cinq catégories afin de comparer l'impact sur les séroconversions des différentes stratégies qui s'offrent à eux : Programme d'échange de seringues (seul),traitement de substitution (seul), programme d'échange de seringues et traitement de substitution selon les posologies, pas de programme d'échange de seringues ni de traitement de substitution.
Sur 710 sujets à risque pour le VIH et 168 sujets à risque pour le VHC respectivement 90 sujets et 58 sujets ont été contaminés. Les auteurs ont mis en évidence, lorsque les sujets participent à un programme d'échanges de seringues et à un programme de substitution à la méthadone au dosage supérieur à 60 mg de méthadone par jour, une diminution de risque de contamination par le VIH de 2 à 3 fois et par le VHC de 6 à 7 fois.
Ils ont donc mis en évidence une diminution des risques de contamination par le virus du SIDA ou de l'hépatite C lorsque les sujets participaient pleinement au programme de réduction des risques, c'est-à-dire, PES plus traitement de substitution par de la méthadone à une dose supérieure à 60 mg par jour (van den Berg, 2007).

Ainsi, il semble que le problème ne soit pas lié aux stratégies de réduction des risques, et notamment à un échec des programmes d'échange de seringues, mais plutôt à un manque de disponibilité de ces programmes (l'exemple de la Grande-Bretagne est là pour nous le rappeler : offre gratuite et généralisée).
Malgré tout, et l'exemple de l'aventure du stéribox, que nous avons menée dès 1991 à Ivry, et qui s'est rapidement généralisée à la France toute entière, est là pour nous le rappeler, il est important de rester vigilants, et en permanence à



s des usagers de drogues par voie intraveineuse, ouveaux comportements de consommation.

Ce travail nous permet de réfléchir à de nouvelles pistes afin de maintenir l'objectif premier des programmes de réduction des risques : protéger les usagers des risques de contamination par les agents infectieux (initialement, le VIH et le VHB, actuellement, le VHC).

NOUVELLES

Trois grandes orientations seront exposées. Elles ne peuvent remplacer un travail plus approfondi qui permettrait d'agir sur des populations très spécifiques, ciblées dans différents articles, comme les jeunes, les prostituées, et les populations carcérales qui en France ne bénéficient pas, comme le propose l'OMS, des mêmes droits en matière de réduction des risques que les autres.

Ces orientations touchent à la quantité du matériel distribué, à la mise en place de programmes éducatifs à l'injection aussi bien à l'intention des professionnels que des usagers, et enfin à l'expérimentation d'un parcours fléché couleur de l'usager de drogues.

4.1 Distribution de seringues et programmes d'échanges de seringues(PES)

En premier lieu le constat de ce qui se fait en France par rapport à d'autres pays européens notamment l'Angleterre, doit nous inciter à augmenter le nombre de seringues distribuées.
Selon le Système d'Information sur l'Accessibilité au Matériel Officinal d'Injection et de Substitution (SIAMOIS), crée par l'InVS, les ventes de seringues en officine sont la première source d'approvisionnement puisque les PES ne représentent que 10% de l'offre de seringues. La stratégie de la France est celle de la proximité sans gratuité. 15 millions de seringues sont diffusées par an. Il faudrait multiplier ce nombre par deux en développant des PES dans les pharmacies et dans les structures d'accueil afin de promouvoir du matériel d'injection stérile et gratuit. C'est la stratégie de la proximité et de la gratuité, celle de plus d'efficacité en matière de réduction des risques.

4.2 Education à l'injection - Education entre pairs

Ce que nous montrent l'étude coquelicot et celle d'Apothicom c'est la persistance de la méconnaissance des risques de contamination du VHC lors de l'injection. Par ailleurs, lors du passage dans les structures d'accueil et à l'occasion de la distribution du matériel d'injection, les professionnels ne délivrent pas suffisamment d'information sur l'injection et ses risques. Il est nécessaire de les former. Ceci permettrait de mettre en place des ateliers éducatifs sur l'injection à moindre risque dans toutes les structures d'accueil des usagers, de développer l'éducation entre pairs. Ceux-ci pourraient faire un travail de rue afin de toucher ceux qui ne fréquentent aucune structure. En effet l'injection n'est pas simple à réaliser, l'auto injection à une main rend l'exercice délicat, un apprentissage est nécessaire ; de plus, les veines des usagers sont soumises à rude épreuve car la fréquence d'injection est importante, elles sont souvent sclérosées, voire bouchées ce qui nécessite des injections à des endroits inaccessibles. L'usager (le receveur) demande de l'aide

ur).Ce dernier peut avoir les doigts contaminés re injection.
njection de drogue est à haut risque, du fait des deux principales pratiques le plus souvent rencontrées dans cette catégorie: le partage du matériel d'injection et l'aide d'un injecteur. C'est pourquoi développer l'éducation entre pairs est nécessaire.

Le Docteur Jennifer Scott de l'université de Bath, en Angleterre, a mené une évaluation indépendante de caractère scientifique sur les bénéfices et les risques des différents outils et méthodes de préparation de l'injection[10]. Elle a décortiqué les étapes de l'injection. Elle a démontré l'intérêt du lavage des mains avant l'injection, de la désinfection préalable du point d'injection avec de l'eau savonneuse ou un tampon d'alcool, de l'utilisation d'un tampon sec post injection. Il permet de comprimer et d'arrêter le saignement et évite la dissémination potentielle dans l'environnement des agents viraux pouvant être contenu dans le sang, à l'inverse du tampon d'alcool utilisé en post injection qui ne favorise pas la coagulation mais la retarde et dissémine les traces de sang et leur contenu potentiel. L'étude d'Apothicom a également mis en évidence la mauvaise utilisation des tampons d'alcool et la méconnaissance de l'intérêt du tampon sec post injection. Jennifer Scott a mis en exergue l'intérêt de l'utilisation du petit matériel à injection, notamment celles du stéricup et du stérifilt (Étude du passage de l'aluminium dans le liquide de préparation et de son dosage, étude de la filtration des particules et de leur persistance dans la préparation à injecter).

Cette étude est un document essentiel à utiliser pour l'éducation à l'injection à moindre risque.

4.3 Le parcours fléché couleur de l'usager de drogues par voie intraveineuse

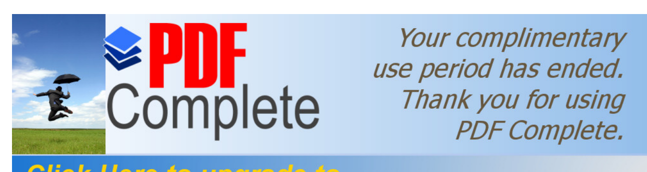
Vers une évolution du Stéribox2 ?

Il s'agit de permettre une meilleure gestion des risques à des moments repérés comme étant potentiellement dangereux, comme l'injection à plusieurs ou en cas de réutilisation du matériel. Plus la préparation est simple, plus les usagers sont en mesure de contrôler la sécurité du matériel utilisé. Tout se complique lorsqu'ils achètent à plusieurs et s'injectent à plusieurs. Pour réduire les risques de confusion du matériel et afin de mieux identifier leur matériel, les usagers ont développé des astuces. Ainsi, certains chauffent leur piston au briquet, laissent une entaille au couteau sur le corps de la seringue ou grattent et effacent une mesure de la seringue.

L'association anglaise Exchange Supplies a repris cette méthode de repérage et depuis déjà quelques années, développe des seringues de couleur (5 couleurs différentes sont désormais disponibles). Afin de répondre aux besoins des usagers de personnaliser leur propre matériel et d'éviter d'utiliser le matériel appartenant à d'autres comme le montre l'étude présentée, Apothicom propose de reprendre l'initiative novatrice d'Exchange Supplies et souhaite développer

---

[10] « Safety, risks and outcomes from the used of injecting paraphernalia »J.SCOTT. Mars 2008.www.scotland.gov.uk/socialresearch.



seringues mais aussi des cuillères de couleurs stinction par la couleur permettrait de renforcer n connus des usagers, mais non mis en pratique dès que les situations particulières se présentent. Le message de prévention renforcé devient « A chacun sa couleur- Ne vous trompez plus, choisissez votre couleur ». Il s'agit de travailler sur la mémoire visuelle de l'usager avec du matériel de qualité, qui renvoie en même temps une image de respect de l'usager par la qualité du produit proposé.
Apothicom propose de tester la mise à disposition des seringues et stéricup de couleur auprès des usagers par l'intermédiaire des phamaciens de la ville d'Ivry sur seine. En effet six pharmaciens participent déjà à un programme d'échange de matériel d'injection.
Les pharmaciens volontaires de la ville d'Ivry-sur-Seine sont en contact quotidien avec les usagers. Le personnel travaillant en pharmacie est déjà formé sur les pratiques et les consommations des usagers de drogues, sur les traitements disponibles ainsi que sur l'offre de dépistage. Cette nouvelle action n'est qu'un prolongement de l'expérience en cours et permet de continuer à approfondir le travail de réduction des risques déjà engagé.

Nous bénéficions des études et évaluations qui ont eu lieu sur ce territoire les années précédentes et les équipes sont désormais familières à ce type de démarche, facilitant la réalisation d'une nouvelle étude et garantissant un travail et un investissement de qualité.

L'expérience pilote proposée s'attachera principalement à l'évaluation du nouvel outil proposé : Un Stéribox contenant seringues et cuillers de la même couleur avec des messages de prévention et d'informations. Il s'agira de s'assurer que la délivrance en pharmacie de ce nouvel outil amène à un changement de comportement.
Si l'expérience est concluante, nous proposons de l'étendre au territoire du conseil intercommunal, de l'arrondissement de l'Haÿ les Roses (Val de Marne), de lutte contre la drogue et la toxicomanie, qui mène depuis 1991 des actions de réduction des risques avec l'ensemble des pharmaciens du territoire.

La complexité du VHC, sa résistance, ses modes de contamination en font un virus très dangereux pour les usagers de drogues par voie intraveineuse.
L'épidémie d'hépatite C n'est toujours pas sous contrôle. La consommation de drogues par voie intraveineuse est le mode le plus fréquent de contamination par le virus de l'hépatite C : 5 000 nouvelles contaminations chaque année en France dont 70% associées à l'usage de drogues. De nombreuses études, dont l'étude Coquelicot, indiquent que plus de 60% des usagers seraient infectés. L'importance de ces contaminations va avoir un impact majeur sur les dépenses de santé dans les années à venir. La prise en charge des usagers infectés fait appel à des recours aux soins particulièrement lourds.[11] À l'heure actuelle, elle représente déjà plus de la moitié des cancers du foie et constitue la seconde cause de transplantation hépatique après les cirrhoses alcooliques. Les coûts de prise en charge ne vont cesser de s'accroître alors que la mise au point d'un vaccin semble peu probable dans un avenir proche. Les traitements ne sont efficaces que dans 60% des cas et restent contraignants et chers.
Le VHC ne se transmet que par le sang, mais a un pouvoir de contamination 10 fois supérieur au VIH L'injection est un acte invasif. Contrairement au VIH où seul l'emprunt de seringue était source de contamination, la forte transmissibilité du VHC multiplie les sources d'exposition à ce virus : emprunt de seringues, partage de matériel de préparation, partage de drogues, entraide entre partenaires. L'environnement a pu être contaminé même si les traces de sang ne sont pas visibles et reste contaminant bien après l'introduction du sang souillé dans le milieu environnant.
Les risques sont souvent ignorés des usagers ou mal compris. C'est aussi sans compter les idées fausses qui circulent entre consommateurs sur les risques et les moyens de les éviter (lécher l'aiguille de la seringue avant l'injection, chauffer le mélange détruit les virus et les bactéries, etc.). Les risques peuvent aussi parfois être compris et intégrés mais les comportements des usagers n'ont pas pour autant changé suffisamment pour éviter tout risque de contamination. Les usagers sont bien souvent persuadés d'avoir pris toutes les précautions et il existe un décalage entre les pratiques déclarées et la réalité.
Ce sont les interactions de toutes ces composantes qui rendent la situation complexe et qui contribuent à la mise en échec de quinze années de politique de réduction des risques.
Par ailleurs les acteurs de cette politique, que ce soit en France ou à l'étranger, n'ont pas étudié toutes les composantes à risque de l'injection. Enfin, nous nous sommes rendu compte qu'il ne suffit pas de distribuer des seringues et du matériel stérile d'injection. Il faut éduquer aussi bien les professionnels que les usagers pour promouvoir l'injection à moindre risque.

[11] En 1999, les coûts annuels de traitement par patient ont été estimés selon les différents niveaux de progression de lôhépatite C : 1400 euros pour une cirrhose, 11400 euros pour une décompensation cirrhotique, 10400 euros pour un carcinome hépatocellulaire, 91500 euros pour une transplantation hépatique lors de sa première année de prise en charge, puis 7900 euros pour les années suivantes, 3660 euros pour un traitement par Interféron-PEG® et 8350 euros pour un traitement par la Ribavirine®.

Scott nous savons l'intérêt du lavage des mains de la peau au lieu d'injection, la nécessité de n du petit matériel stérile à usage unique. Et comme l'a montré également l'étude d'Apothicom il est nécessaire de promouvoir l'utilisation du tampon sec post injection.
Enfin les situations de partage du matériel à injection, seringues cuillères et filtres sont fréquentes et connues. Elles exigent un mode d'intervention pariculier et très ciblé. C'est pourquoi Apothicom propose une expérience originale de réduction des risques : la promotion d'un parcours fléché couleur auprès des usagers de drogues par voie intraveineuse. C'est un chantier à mettre en place et à évaluer.

Infléchir l'incidence de l'hépatite C est un travail difficile qui nécessitera encore de nombreuses années. L'idéal serait d'éradiquer la pratique de l'injection. Mais comme il n'existe pas de société sans drogue, la consommation de drogues sans injection n'est pas envisageable dans nos sociétés. La pratique de l'injection de drogues étant un facteur de risque indépendant, il faut développer une stratégie déclinant l'injection à moindre risque de contamination par le VHC à tous niveaux, et dans tous les types de structures d'accueil des usagers de drogues par voie intraveineuse.
Les expériences passées montrent que les usagers s'approprient les outils de prévention mis à leur disposition sous la condition qu'ils soient adaptés à leurs pratiques et à leurs conditions de vie. Sous ces conditions, les pratiques évoluent alors : lentement, mais sûrement.



Articles

1. Arnold Richez F. « Histoires, histoires... la réduction des risques, pourvu qu'on vive... » Courrier des Addictions. 2004;6:63-70.

2. Beauverie P, Fournier G, Gaudoneix-Taïeb M, Robinet S. « La seringue, le steribox et les pharmaciens ». Courrier des Addictions. 2000;2:89-90.

3. Beynon CM, McVeigh J, Chandler M, Wareing M, Bellis MA. « The impact of citrate introduction at UK syringe exchange programmes: a retrospective cohort study in Cheshire and Merseyside, UK ». Harm Reduction Journal. 2007;4:21.

4. Bravo MJ, Royuela L, Barrio G, de la Fuente L, Suarez M, Teresa Brugal M. « More free syringes, fewer drug injectors in the case of Spain ». Society Scientific Medical. 2007;65:1773-1778.

5. Buning EC. « Effects of Amsterdam needle and syringe exchange ». International Journal of the Addictions. 1991;26:1303-1311.

6. Costes JM. « Principales données épidémiologiques concernant les addictions en France. » In Traité d'addictologie - Reynaud M (Ed), Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2006.

7. Couzigou P. « Hépatites : clinique et prise en charge. » In Traité d'addictologie - Reynaud M (Ed), Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2006.

8. Des Jarlais DC, Marmor M, Friedmann P, Titus S, Aviles E, Deren S, Torian L,Glebatis D, Murrill C, Monterroso E, Friedman SR. «HIV incidence among injection drug users in New York City », 1992-1997: evidence for a declining epidemic. American Journal of Public Health. 2000;90:352-359.

9. Fischer B, Rehm J, Blitz-Miller T. «Injection drug use and preventive measures: a comparison of Canadian and Western European jurisdictions over time ». Canadian Medical Association Journal. 2000;162:1709-1713.

10. Hallinan R, Byrne A, Dore GJ. «Harm reduction, hepatitis C and opioid pharmacotherapy: an opportunity for integrated hepatitis C virus-specific harm reduction». Drug Alcohol Revue. 2007;26:437-443.

11. Ingold FR, Jacob C, Prat M, Prat P, Toussirt M, Petit P. «La transmission du VIH chez les toxicomanes : Etat des lieux et pratiques à risques ». Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 1992;47:225-226.

SIDA en France (situation au 30 septembre
gique Hebdomadaire. 1992;46:215-222.

13. InVS. « Surveillance du SIDA en France (situation au 30 juin 1993) ». Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 1993;31:139-146.

14. Jauffret-Roustide M, Emmanuelli J, Desenclos JC. « L'impact limité de la réduction des risques sur la transmission du VHC chez les usagers de drogues ». L'exemple de l'étude ANRS-Coquelicot. Revue Epidemiologique de Sante Publique. 2006a;54:1S53-1S59.

15. Jauffret-Roustide M, Couturier E, Le Strat Y, Barin F, Emmanuelli J, Semaille C, Quaglia M, Razafindratsima N, Vivier G, Oudaya L, Lefevre C, Desenclos JC. « Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France » étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2006b;33:244-247.

16. Kempfer J. « Deuxième Conférence latine de réduction des risques liés aux usages de drogues (Perpignan : 22 au 24 mai 2003) ». Courrier des Addictions. 2003;5:116-117.

17. Lancet. 1998;351:75;839;1819-1820.

18. Langlet M. « VHC : Les usagers de drogue en première ligne. » Le journal du SIDA. 2007;192:13.

19. Matheï C, Buntinx F, Van Damme P. « Seroprevalence of hepatitis C markers among intravenous drug users in western European countries: a systematic review ». Journal of Viral Hepatitis. 2002;9:157-173.

20. Stimson GV, Lart R. « HIV, drugs, and public health in England: new words, old tunes. » International Journal of the Addictions. 1991;26:1263-1277.

21. Valenciano M, Emmanuelli J, Lert F. « Unsafe injecting practices among attendees of syringe exchange programmes in France. ». Addiction. 2001;96:597-606.

22. Van den Berg C, Smit C, Van Brussel G, Coutinho R, Prins M. « Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. ». Addiction. 2007;102:1454-1462.

23. Candillier C, Charansonnet MC, Imbert E, Coppel A, Kahn A, Lespine G, Sylvestre J. « Le pharmacien peut-il freiner l'épidémie du SIDA ? Impact d'une campagne menée par les pharmaciens d'Ivry-sur-Seine et le centre de Santé Municipal autour d'un kit de prévention : Le Stéribox. » Apothicom, mars 1993.

24. Candillier C, Imbert E. « Le pharmacien peut-il réduire les risques ? Le Stéribox dans les officines. Résultats d'une enquête menée auprès de 1000 pharmaciens ». Apothicom, mars 1995a.

25. Candillier C, Lert F, Imbert E, Belforte B. « Exposition aux risques de transmission du VIH et des hépatites B et C dans un échantillon d'usagers de drogues par voie intraveineuse ». Apothicom, mars 1995b.

26. Charansonnet MC, Imbert E, Lespine G, Popotte F. « Evolution des comportements des pharmaciens d'Ivry sur Seine et de leur clientèle toxicomane. Impact d'une campagne de prévention du SIDA ». Apothicom, avril 1992.

27. Craver J,.Limburg W,.Kretzschmar M,.Postma M, Lucas.Wiessing L. « Hépatitis C and injecting drug use : impact, costs and policy options. European Monotoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (EMCDDA). » Lisbonne. Décembre 2004. p. 97-98.

28. Debrus M. « Impact de nouveaux outils sur les risques de l'injection. Gestion des risques liés au saignement après l'injection ; prévention des risques de partage accidentel ou de confusion. Rapport d'enquête ». Apothicom, juin 2008.

29. Imbert E. « Filtration et usage de drogue injectable. Quel filtre pour réduire les risques ? ». Apothicom, novembre 1997.

30. InVS. « Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. Institut de Veille Sanitaire. » Saint-Maurice. Mars 2007.

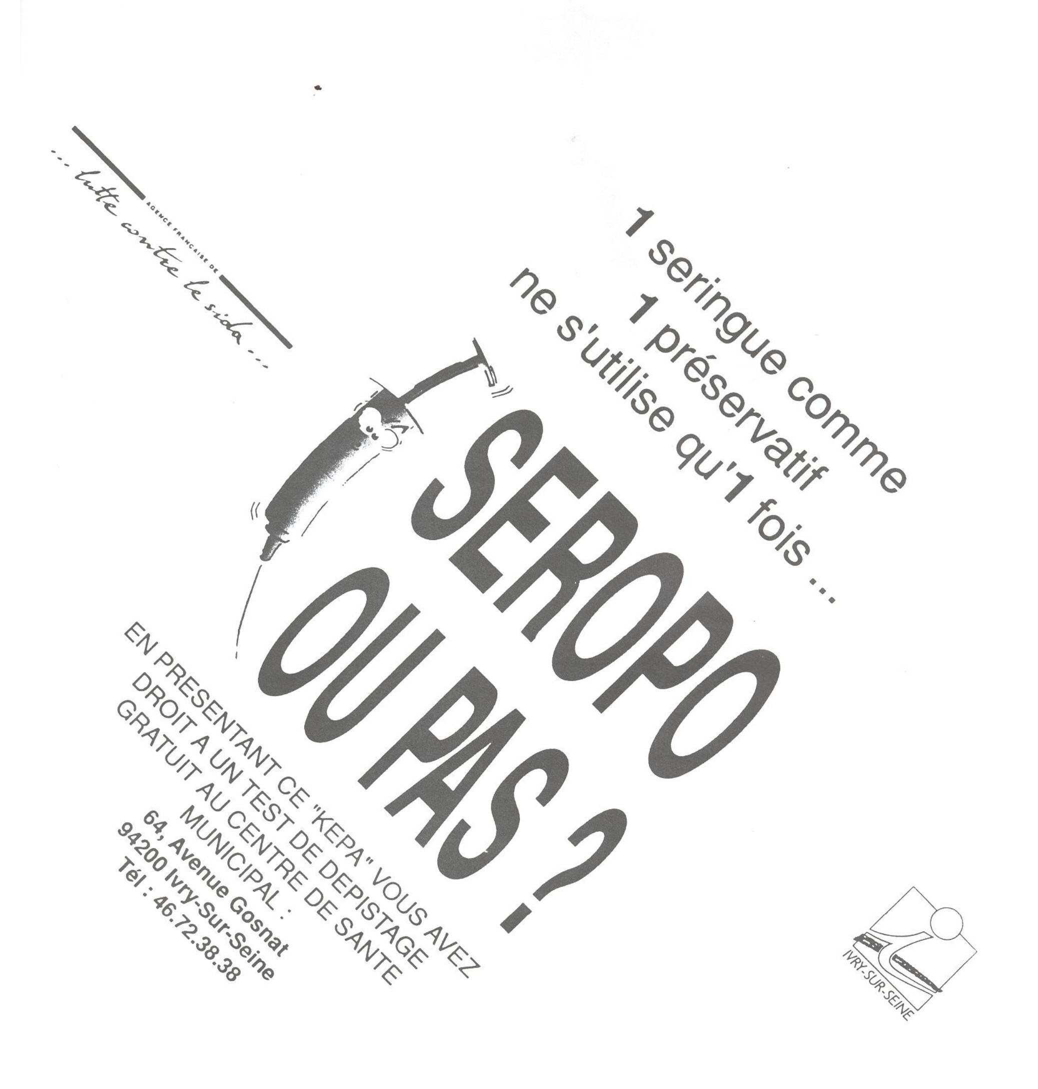
31. Kempfer J, Belabbaci D, Imbert E. « Le récipient de chauffe et de dilution « Stéricup » - Résultats de deux enquêtes : rue, officine ». Apothicom, août 1997.

32. Ogborne AC, Carver V, Wiebe J. « Réduction des méfaits et utilisation des drogues injectables : étude comparative internationale des facteurs contextuels influençant l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de programmes adaptés. » Centre Canadien de Lutte contre l'Alcoolisme et les Toxicomanies (CCLAT) – septembre 2001.



PDF
Complete
Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.
Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features

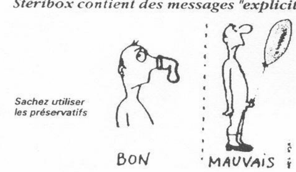
façon BD »



onception : Caroline HUET - EMSAT



Stéribox contient des messages "explicites"



Depuis novembre 1992, 19 pharmacies sur 20 participent à l'opération. Le "STERIBOX", vendu 5 francs, est adopté par les toxicomanes. L'un d'entre-eux a été formé comme enquêteur et réalise une enquête d'évaluation auprès de ses "pairs". La totalité des toxicomanes locaux en quinze jours ont eu connaissance du STERIBOX et le réclame aux pharmaciens. Des tests de dépistage sont réalisés à leur demande, et à cette occasion, un travail d'information et de prévention est à nouveau mené. Des demandes de sevrage sont entendues.

La stratégie de réduction des risques, en France, en est à ses balbutiements. Elle consiste à dire *« s'il n'est pas encore possible pour vous d'arrêter la prise de drogue injectable, essayons de minimiser le risque que vous encourez et que vous faites courir ».*

L'attitude qui consistait à dire : *« On ne vous protège pas parce que ce que vous faites est interdit, mais vous devez protéger les autres »* a conduit à un échec : 30 à 40 000 toxicomanes français sont aujourd'hui séropositifs.

Plus la société met les toxicomanes dans une situation d'exclusion, moins elle peut attendre d'eux qu'ils agissent de manière responsable : ne pas partager le matériel d'injection, ne pas jeter les seringues dans les lieux publics, utiliser le préservatif, etc.

Le pari de l'expérience menée avec "STERIBOX" c'est celui de renforcer ces formes de responsabilité qui protègeraient la société de la dissémination du virus dans la population toxicomane mais aussi dans la population hétérosexuelle en général. Et rendre le toxicomane responsable vis-à-vis de lui-même, c'est aussi le conduire vers l'abandon de sa toxicomanie.

Dr M.E. Charanbert

" Stéribox " est diffusé par
APOTHICOM
64, avenue Georges Gosnat
94200 Ivry-sur-Seine
Tél. 46 72 38 38



Résultat de l'enquête menée auprès des usagers de drogue : c'est souvent entre partenaires sexuels que les seringues se prêtent.



« Plusieurs types d'action sont soutenues par l'Agence Française de Lutte contre le Sida pour la prévention du V.I.H. chez les toxicomanes », nous dit le Dr Christine Ortmans, chargée de mission. *« Parmi celles-ci, les démarches préventives lors de la vente des seringues en pharmacie, et la formation des usagers de drogues actifs pour en faire des relais de prévention auprès de leurs pairs. »*

De ces deux dessins de Wolinski, on devinera pourquoi, c'est le second qui a été choisi pour illustrer le Stéribox.



ire et grille d'entretien

PROFIL

1. ☐ Femme ☐ Homme
2. Année de naissance : é é é é é é é é é é é é
3. Âge de ta première injection ? é é é é é é é .
4. Durant les 6 derniers mois, quelle est la fréquence de ta pratique dóinjection
   - ☐ Pratique occasionnelle (moins dóune fois par mois)
   - ☐ Pratique régulière (entre une fois à plusieurs fois par mois)
   - ☐ Pratique fréquente (une à plusieurs fois par semaine mais pas quotidienne)
   - ☐ Pratique quotidienne
5. Quel est le produit que tu injectes le plus souvent ?
   - ☐ Héroïne ☐ Cocaïne ☐ Speed-ball
   - ☐ Skenan® ☐ Buprénorphine haut dosage (Subutex®)
   - ☐ Autre (si cóest un médicament, précisez son nom) : é é é é é é é é é é
6. Où te procures-tu ton matériel dóinjection ?

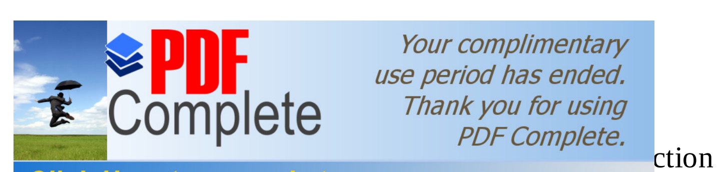
   Auprès dóun CAARUD (PES, boutique)
   - ☐ Jamais
   - ☐ Moins dó1 fois sur 2
   - ☐ 1 fois sur 2
   - ☐ Plus dó1 fois sur 2
   - ☐ Toujours

   En pharmacie
   - ☐ Jamais
   - ☐ Moins dó1 fois sur 2
   - ☐ 1 fois sur 2
   - ☐ Plus dó1 fois sur 2
   - ☐ Toujours

   Par un distributeur de seringues
   - ☐ Jamais
   - ☐ Moins dó1 fois sur 2
   - ☐ 1 fois sur 2
   - ☐ Plus dó1 fois sur 2
   - ☐ Toujours
   - ☐ Autre : é é é é é é é é é é é é é é é é é é é

ARRET DU SAIGNEMENT

7. Comment arrêtes-tu le saignement après ton injection ?
   - ☐ Avec ton doigt



ction

coolisé

☐ Autrement (préciser) : é

8. Peux-tu me décrire le contenu du module Stéricup® (si oui, cocher)?

☐ Cuillère

☐ Filtre

☐ Tampon sec

9. Sais-tu à quoi sert le tampon sec ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, à quoi sert-il, selon toi ?

☐ À arrêter le saignement

☐ À réduire la formation dôhématome par la compression

☐ À réduire les risques de contamination manu-portée du VHC

☐ À autre chose : é ...

10. Utilises-tu le tampon sec ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, pourquoi lôutilises-tu ?

é ..

é ..

Si non, pourquoi tu ne lôutilises pas ?

é ..

é ..

11. Tôas tôon déjà parlé spécifiquement du tampon sec post-injection lors de la remise de matériel dôinjection et de lôintérêt de son utilisation ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne se souvient pas

SITUATIONS DE PARTAGE ACCIDENTEL

12. Tôarrive-t-il dôinjecter en présence dôautres injecteurs ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, dans ces conditions, tôest-il arrivé, ne serait-ce quôune seule fois, à un moment où tu souhaites te faire une injection, de ne pas être tout à fait sûr dôutiliser ton propre matériel ?

☐ Oui ☐ Non

13. As-tu déjà vécu en couple avec une personne qui sôinjectait aussi des produits ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, comment différenciez vous votre matériel ?

é ..

é é

14. As-tu déjà partagé ton lieu de vie avec une personne ou plusieurs personnes qui sôinjectait aussi des produits ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, comment différenciez vous votre matériel ?

é ..

é ..

15. As-tu déjà utilisé des caches pour ton matériel ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, tôest-il arrivé, ne serait-ce quôune seule fois, de ne pas être tout à faire sûr dôutiliser ton propre matériel (utilisation dôune cache utilisée par plusieurs personnes ou tu tôes trompé de cache) ?

☐ Oui ☐ Non

é é

é é

16. As-tu déjà utilisé une astuce pour pouvoir différencier ta seringue ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, la ou lesquelles ?

é é

17. As-tu déjà utilisé une astuce pour pouvoir différencier ton Stericup® ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, la ou lesquelles ?

é é

18. Serais-tu intéressé par la mise à disposition de seringues de couleur ?

☐ Oui ☐ Non

Commentaires :

é é
é é

é é

19. Serais-tu intéressé par la mise à disposition de Stericup® de couleur ?

☐ Oui ☐ Non

Commentaires :

é é
é é